Rok XLII. Kraków 29 Sierpnia 1903. Nr. 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału wewnętrznego I., szpitala imienia „Lazarusa“ we Lwowie (Prymaryusz: Dr. Pisek).

Kilka uwag o teocynie.

Podał
Dr. Mises,
sekundaryusz oddziału.

Teocyna czyli teofylina była wprawdzie znaną od szeregu lat; ale wskutek wygórowanej ceny nie mogła wejść w użycie. Dopiero gdy w r. 1901 udało się Traubemu otrzymać ją syntetycznie, cena ta stała się przystępniejsza.

Co do składu chemicznego, teocyna jest podobnie jak kofeina i teobromina, pochodną ksantyny, a mianowicie dwumetyloksantyną, lecz odznacza się większą rozpuszczalnością niż teobromina. Rozpuszcza się w zwyczajnej ciepłocie w 180 cz. wody; przy 37° w 85 cz. wody. Dreser wykazał, że teocyna zwiększa nietylko ilość wody w moczu wydzielonym, lecz także w znacznej części i sole. Przedstawia się ona w postaci krystalicznego proszku o p. top. 268°.

Z rozpraw o teocynie, które się dotychczas ukazały, zasługują na wzmiankę: praca Prof. Minkowskiego z Kilonii (*Therapie der Gegenwart*, paźdź., 1902), Prof. Schlesingera z Wiednia (*Therapie der Gegenwart*, marzec, 1903), następnie Meinertza (*Therapeutische Monatshefte*, Nr. 2, 1903) i Doeringa.

Według Minkowskiego teocyna jest dotychczas najlepszym lekiem moczopędnym i przeciwopuchlinowym (*antihydropicum*). Nad teobrominą i kofeiną ma tę wyższość, iż znacznie silniej i szybciej działa; brak jej atoli działania podniecającego na serce, które sprowadza kofeina.

Z objawów ubocznych stwierdzono w kilku przypadkach wymioty, tak dalece, iż musiano teocynę odstawić U jednego neuropatycznego chorego powstało po nagłem wzmożeniu się moczenia i po szybkiem ustąpieniu obrzęków. ogólne podniecenie.

Schlesinger przyszedł do następujących wyników: Najsilniej działała teocyna na obrzęki pochodzenia sercowego i nerkowego; słabiej atoli w zapalnych wysiękach opłucnowych i otrzewnowych. Jedynie w 2-ch przypadkach z ogólną puchliną (wada sercowa bez choroby nerek), po podaniu teocyny (5 × 0.2 dziennie w przeciągu 48 godzin) wystąpiły ogólne drgawki z cechą padaczki. Drgawki te ustąpiły po odstawieniu leku. Ponieważ doświadczenia i na zwierzętach sprowadziły te same objawy, zdaje się nie ulegać przeto wątpliwości, iż drgawki w 2-ch powyżej przytoczonych przypadkach, pochodziły od działania teocyny.

Doering i Meinertz otrzymali podobne wyniki. Jako uboczne działanie zauważono utratę łaknienia i wystąpienie nudności; teocyna stosowana w lawatywie pozostała bez skutku.

Zachęcony przez szefa mego, prymaryusza Dra Piseka, zebrałem kilka przypadków, leczonych teocyną w szpitalu im. „Lazarusa“ i w praktyce prywatnej. Ponieważ w notatce niniejszej chodzi wyłącznie o działanie moczopędne teocyny, dlatego pomijam wszystkie inne szczegóły z historyi chorób, notując tylko moczenie. Objawów ubocznych, których w naszych spostrzeżeniach brak zupełny, nie miałem do zanotowania. Zauważyć muszę, że dla otrzymania możliwie ścisłych i porównawczych wyników podawano chorym w ciągu spostrzegania możliwie tę samą ilość płynów w ciągu doby; ilość ta wynosiła około 1500 ctm.³.

1) *L. O.*, lat 73, bez zajęcia, przyjęty dnia 16/6 b. r.

Rozpoznanie: *Arteriosclerosis universalis, myocarditis chr. fibr., ectasia aortae, hydrothorax ambil.* W moczu wyraźny ślad białka. Ilość moczu w dniu przyjęcia = 1000 ctm. sz.

Leczenie: *Theocini à 0,25 × 2 dziennie i Infus. folior. digitalis c. 0,50:150.0.*

17/7. Mocz = 2000 ctm. sz., tętno 88.

18/7. Mocz = 1400 ctm. sz., tętno 76. Podmiotowo: duszność prawie zupełnie ustąpiła.

19/7. Mocz = 1800 ctm. sz., tętno 76. Opuchlina piersiowa zwolna ustępuje.

21/7. Mocz = 1:00 ctm. sz., tętno 80.

22/7. » » » » » »

Dopiero po zastosowaniu teobrominy wystąpiło znaczne moczenie, a po 3 dniach ustąpiła duszność w zupełności, a z wysięków jedynie w lewej jamie opłucnowej pozostała ilość nieznaczna.

Wybitnego działania teocyny w tym przypadku nie widać.

2) *S. B.*, lat 61, nauczyciel. przyjęty dnia 14/VI b. r.

Rozpoznanie: *Myocarditis chr. fibr., insuff. relativa valv. bicusp., endocarditis chr. valvularum semil. aortae (insuff. aortae) subsqt. hydrope, anasarca major. gr. hydrothorace bilater. incip., ascitide incip.*

Mocz w dniu przyjścia z 24 godzin = 800, bez białka tętno 60 arytmia nieznaczna. Leczenie obojętne.

16/VI. Mocz = 1500 ctm. sz., tętno 60, duszność się zmniejszyła.

18/VI. Mocz = 1200 ctm. sz., tętno 60.

20/VI. Mocz = 1000 ctm. sz., tętno 62, arytmia utrzymuje się.

22/VI. » » » » « »

23/VI. Mocz = 1500 ctm. sz., tętno 60, arytmia utrzymuje się.

Leczenie: *Theocini 0.25 3 r. dziennie.*

24/VI. Mocz = 2000 ctm. sz., tętno 70

25/VI. Mocz = 2000 ctm. sz., tętno 70 — Obrzęki znacznie się zmniejszają.

26/VI–1/VII. Mocz = po 2000 ctm. sz.

W tym przypadku działanie moczopędne teocyny było słabe.

3) *M. H.*, lat 55, wstąpił dnia 7/7 b. r.

Rozpoznanie: *Nephritis interst. chr., hypertrophia totius cordis, atheroma arteriarum, anasarca*

Tętno 40! miarowe (kontrolowane przysłuchem serca).

Mocz: ilość w dniu przyjęcia 600 ctm. sz., białka znaczna ilość, Essbach 1½‰ pod drobnowidem nieliczna ilość ciałek wypocinowych.

Leczenie: dyeta wyłącznie mleczna. *Rp. Theobromini à 0.5, 3 pr. dz.*

8/7. Mocz = 600 ctm. sz., tętno 48 miarowe, teobrominy à 0.5, 3 pr. dz.

9/7. Mocz = 600 ctm. sz., tętno 48 miarowe, teobr. à 0.5, 3 p. d

11/7. Mocz = 600 ctm. sz., tętno 48 miarowe, teobr. á 0·5, 3 p. d.
12/7. Mocz = 600 ctm. sz., tętno 48 miarowe, teobr. á 0.5, 3 p. d.
13/7. Mocz = 800 ctm. sz., tętno 56. *Rp. Theocini 0.25, 3 past. dziennie.*
14/7. Mocz = 2000 ctm. sz., (zażył tylko 2 past.) Essbach = 1‰.
15/7. Mocz = 2300 ctm. sz., tętno 52. *Theocini 0.25, 3 past. dz.*
16/7. Mocz = 2750 ctm. sz., tętno 52. *Theocini 0.25, 3 past. dz.*
17/7. Mocz = 2400 ctm. sz., tętno 52. *Theocini 0.25, 3 past. dz.*
18/7. Mocz = **3000** ctm. sz., tętno 52. *Theocini 0.25, 3 past. dz.*
19/7. Mocz = **4000**, tętno 60 *Th. 0·25, 3 p. d.* Essbach 0.5‰.
20/7. Mocz = 3500 ctm. sz., tętno 60. *Th. 0.25, 3 p. d*
21/7. Mocz = 3750 ctm. sz., tętno 60. *Th. 0,25, 3 p. d.*
22/7. Mocz = 3100, tętno 60. Obrzęki prawie całkiem ustąpiły.

Małe dawki teobrominy, jak widać, są bezskuteczne. Dopiero podawanie teocyny sprowadza odrazu obfite moczenie, wzmagające się 5 dnia do ilości podwójnej, względnie do 6—7-krotnej ilości pierwotnej. Dawka teocyny o $1/2$ mniejsza niż podawana dawka teobrominy.

4) *J. W.*, lat 68, bez zajęcia, przyjęty 27/6 b. r.

Rozpoznanie: *Myocarditis chr. fibr., insuff. valv. mitralis incompensata (hypertr. totius cordis), ascites, anasarca, hydrothorax.* Tętno 80 niemiarowe, małe, łatwo dające się ucisnąć. Mocz w dniu przyjęcia 800 ctm. sz.

Leczenie: *Rp. Theocini 0.25, 3 past. dziennie. Rp. Inf. fol. digit. c. 0.5! 150⁰.*

28/6. Mocz = 1200, tętno 80.
29/6. Mocz = 1500, tętno 76.
30/6. Mocz = 3000, tętno 72.
1/7. Mocz = 5000, tętno 68.
2/7. Mocz = **6000**, tętno 68, teocynę odstawiono.
3/7. Mocz = 4000, tętno 80 miarowe.
4/7. Mocz = 2500, tętno 80 miarowe.
4/7. Mocz = 1800, tętno 80 miarowe.
5/7. Mocz = 2000, tętno 72 miarowe.
6/7. Mocz = 2250, tętno 76 miarowe.
10/7. Mocz = 2300, tętno 72 miarowe.
13/7. Mocz = 2000, tętno 72. *Rp. Theocini á 0.25, 2 past. dz.*
14/7. Mocz = **6000**.
15/2. Mocz = **2000**.
16/7. Mocz = 2000.
17/7. Mocz = 2000.

Działanie w powyższym przypadku było bardzo wybitne; po 11-dniowej przerwie, gdy moczenie poczęło znowu się zmniejszać i gdy podano na nowo teocynę, wynik był również bardzo dobry.

Na podstawie ustnego doniesienia, stosował prym. Dr. Pisek w dwudziestu kilku przypadkach teocynę. Przeważnie tyczyło się to chorych z niewyrównanemi wadami zastawkowemi, zwyrodnieniem mięśnia sercowego, 2 przypadki tyczyły się przewlekłego zapalenia nerek. Rzadko kiedy teocyna zawodziła; działanie moczopędne było znaczne, dobowa ilość moczu wzrastała w dwój- i trójnasób. Ubocznego działania nie zauważono. Miażdżyca, nawet znaczna, nie stanowiła przeciwskazanie. Po odstawieniu teocyny działanie jej trwało jeszcze kilka, rzadko kilkanaści dni. Pod względem wpływu na duszność, objawy dusznicowe przy dusznicy bolesnej, teobromina działa lepiej; moczopędne zaś działanie teocyny jest większe.

Jakkolwiek materyał nasz może za szczupły, tyle jednak można powiedzieć, że:

1. Teocyna jest dzielnym środkiem moczopędnym, przedewszystkiem w puchlinie pochodzenia sercowego, rzadziej nerkowego, w dawkach dziennych 3 × 10.26.

2. Teocyna jest wolną od ubocznych działań ujemnych.

3. Teocyna nie wywiera na tętno i serce wpływu ujemnego.

4. Zdarzają się przypadki, w których teocyna zawodzi, podobnie jak inne leki moczopędne.

Czy teocyna działa drogą serca, czy nerek, czy też i w obu kierunkach, wykażą późniejsze badania.

Za zachętę do pracy i za wskazówki dziękuję serdecznie prymaryuszowi oddziału Dr. Piseckowi.

II. Przebieg kliniczny 3-go okresu porodu.

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

(Ciąg dalszy).

Czas trwania 3-go okresu w typie prawidłowym mechanizmu bywa b. rozmaity, zależnie od rozmaitej długości trwania poszczególnych faz mechanizmu. Pierwsza faza 3-go okresu, t. j. wydostawanie się łożyska z jamy trzonu macicy przez pierścień skurczowy do jamy dolnego odcinka i rozdętej szyi, w warunkach fizyologicznych nie trwa dłużej jak 2—10 minut. W znacznie szerszych granicach, bo od kilku minut do 1-ej godz., waha się czas trwania drugiej fazy 3-go okresu, t. j. wytaczanie się łożyska z jamy dolnego odcinka i rozdętej szyi przez ujście zewnętrzne macicy do jamy pochwy. Co do 3-ciej fazy 3-go okresu, to spostrzega się, iż łożysko, wytoczywszy się do jamy pochwy, w ciągu kilku do kilkunastu minut obniża się aż na podłogę miedniczą, tu atoli w zagłębieniu tylnej ściany pochwy zatrzymuje się i niekiedy szybko, lecz z reguły dopiero po dłuższym czasie pod wpływem parcia kobiety, wydostaje się przez szparę sromną na zewnątrz. Czas więc trwania 3-go okresu, który równa się sumie trwania 3-ch poszczególnych faz, bywa b. rozmaitym, albowiem zależy od takiej ilości czynników, że określić go w pewnej regule statystycznej nie można.

Oglądanie popłodu, urodzonego siłami matki w mechanizmie prawidłowym, przekonuje nas, że na błonach nie spotykamy żadnych fałdów, któreby były podobne do tych, jakie zauważyć można na preparatach, uzyskanych przy cięciu cesarskim sposobem Porro. Widocznie fałdy te przy obniżaniu się łożyska wyciągnęły się. Błony odchodzą w całości, a wtedy miejsce pęknięcia pęcherza przedstawia otwór okrągły, a aż do samego obwodu tegoż otworu utrzymana jest warstwa doczesnowo-kosmówkowa błon. Na powierzchni owodniowej łożyska spotykamy sfałdowania, najwybitniej wyrażone na cienkich brzegach łożyska. Do powierzchni matczynej łożyska przymocowane są płaskie skrzepy krwi i to tak, że najgrubsze i najsilniej przymocowane są one do okolicy dolnego brzegu łożyska i sąsiadujących z nim błon; im dalej zaś w górę, tem skrzepy są luźniej przyczepione, a górna $1/2$ część łożyska z reguły bywa wolną od skrzepów. Zresztą worek płodowy zawiera krew płynną. Czasem trafia się, że krew wylana z macicy do worka błon poza łożysko, wypukłone poniżej pierścienia skurczowego, krzepnie w całości tak, iż tworzy się jeden skrzep w postaci kuli.

O skurczach trzonu i dna macicy w czasie trwania 3-go okresu porodowego poucza nas badanie zewnętrzne, wykonywane ostrożnie co kilka minut. W mechanizmie prawidłowym badanie to daje następujące wyniki: Macica bezpośrednio po porodzie dziecka przedstawia opór twardy, dający się dokładnie czuciem ograniczyć. Stan taki

trwa w warunkach prawidłowych od 10—15 minut. Po tym czasie trwania tężca umięśnienia macicy następuje przerwa stanu skurczowego. Macica wolnieje tak, że obrysów jej ściśle ograniczyć nie można. Mniejwięcej po 5—7 minut trwającej pauzie występuje skurcz, który zwolna wzmaga się, dochodzi do szczytu swego nasilenia, poczem zwolna ustępuje. Czas trwania tego bólu wynosi od $1^1/_2$ do dwóch minut. Zbitość macicy na szczycie bólu bywa zwykle znaczniejszą, niż w czasie trwania tężca. W dalszym przebiegu 3-go okresu te bóle okresowe powtarzają się mniejwięcej co 10 minut. Kobieta ten ból odczuwa, choć niekażda jednakowo żywo, umiejscawiając go w tej okolicy brzucha, gdzie znajdzie się trzon macicy. Wieloródki z reguły są na ból wrażliwsze, niż pierwiastki.

Wysokość dna macicy zachowuje się w prawidłowym typie mechanizmu bardzo rozmaicie. W przypadkach najczęstszych dno macicy, będące bezpośrednio po urodzeniu się dziecka na wysokości pępka, lub palec nad nim, w chwili przechodzenia łożyska przez ujście zewnętrzne do pochwy podnosi się, ale nieznacznie, tj. najwyżej 1—3 palców nad pępek, aby z chwilą, gdy łożysko wytoczyło się do pochwy, albo pozostać na tej wysokości, albo nawet opaść do pępka, lub poniżej niego. W innych przypadkach, które należy zaliczyć do typu prawidłowego, wysokość dna jest rozmaitą, a zależy ona od dwóch czynników: 1) od ilości krwi w krwiaku, i 2) od zachowania się ujścia zewnętrznego macicy. Jeżeli ujście zewnętrzne szyi silniej się ściągnie, tak, że łożysko, chcąc się wytoczyć do pochwy, musi go dłuższy przeciąg czasu rozszerzać, krwiak, zbierając się poza łożyskiem, rozciąga bardzo znacznie ściany dolnego odcinka tak, że nad spojeniem łonowem okolica podbrzusza wypukla się, a przy obmacaniu wyczuwany guz chełboczący, a na nim w górę podniesiony i na jedną lub drugą stronę przechylony trzon z dnem macicy z wybitnie oznaczonym pierścieniem skurczowym. W zwykłych warunkach ujście zewnętrzne macicy jest tak podatne, iż łożysko z łatwością rozszerza go całkowicie, wydostając się szybko do jamy pochwy. Kanał zaś pochwy jest tak obszerny, że łatwo mieści się w nim łożysko wraz z umiarkowanym krwiakiem, wobec czego dolny odcinek nie wypełnia się tak znacznie krwią, aby trzon podnosić się musiał w górę. Jeżeli jednak krwi do krwiaka napływa bardzo dużo, to wtedy, mimo iż łożysko jest już w pochwie niekiedy bardzo nizko, trzon może być wysoko podniesionym, bo aż do łuku żebrowego. Ściśle rzecz biorąc tego rodzaju przypadki, jakkolwiek mogą przebiegać i przebiegają bez szkody dla matki, należą do kategoryi krwotoków poporodowych wewnętrznych w 3-cim okresie.

Co się tyczy kształtu i wielkości trzonu i dna macicy wraz z okolicą pierścienia skurczowego, to jak długo łożysko jest jeszcze w jamie trzonu macicy, kształt jej jest płaski, o znaczniejszym wymiarze poprzecznym, niż długości. Skoro tylko łożysko opuści jamę trzonu, natychmiast ta część macicy upodobnia się kształtami do macicy pierwszych chwil połogu. Wyjątek stanowi przypadek, gdzie po opuszczeniu jamy trzonu przez łożysko znachodzi się w niej jeszcze wiele skrzepów. W takim razie płaszczyzny ograniczające macicę, okazują pewne wyniosłości i guzowatości, które po wygniecenius krzepów z trzonu macicy wyrównują się.

Zachowanie się pępowiny w przebiegu 3-go okresu porodowego. Wysuwanie się końca pępowiny odciętej i podwiązanej w miarę zesuwania się popłodu w przewodzie rodnym niewiasty, obserwujemy w ten sposób, że bezpośrednio po odpętleniu dziecka zaznaczamy na udzie kobiety, najlepiej zapomocą krwi cieknącej z końca pępowiny, punkt, do którego zlekka napięta pępowina swym końcem sięga, a następnie w czasie trwania 3-go okresu co pewien czas kontrolujemy, czy koniec pępowiny oddala się od tego 1-go punktu. Badanie tego objawu byłoby bardzo cenne dla rozpoznania poszczególnych faz 3-go okresu, gdybyśmy bezpośrednio po urodzeniu się dziecka natychmiast go odpętlali. Jednakowoż zazwyczaj czeka się z odpętleniem kilka minut, tj. tak długo, jak długo pępowina tętni, a przez ten czas łożysko już przebiegnie pewną część przewodu rodnego kobiety niespostrzeżenie tak, iż dla dalszych wniosków z ewentualnego obsuwania się końca pępowiny braknie już podstawy, albowiem nie wiemy, od jakiego punktu przewodu rodnego o dany wymiar nastąpiło obniżenie się popłodu. Z badania bezpośredniego zaś ręką wiemy, że bardzo często popłód w kilku minutach już jest w pochwie, albo też jeszcze w jamie trzonu macicy. Trzebaby więc bezpośrednio po porodzie dziecka natychmiast markować na udzie pewien punkt pępowiny, o czem atoli w praktyce nie tak łatwo pamiętać, bo tuż po porodzie dziecka myśli się w pierwszym rzędzie o dziecku, a potem dopiero o trzecim okresie.

Czy łożysko jeszcze jest w jamie macicy, czy też już ją opuściło, możemy z pewnem prawdopodobieństwem wnioskować z trzech następujących objawów, dających się obserwować na pępowinie: *a*) z napięcia krwi w żyle pępowinowej: dopóki łożysko jest jeszcze w jamie trzonu macicy, ściany jego, będące w tężcu, ugniatają go tak, że krew z miąższu łożyska nabiega do żyły pępowinowej i wypręża ją. Z chwilą, gdy łożysko znajdzie się w obszernej pochwie, nacisk powyższy znika, a żyła pępowinowa staje się wiotką, flakowatą, a bardzo często na pewnych przestrzeniach pustą. Objaw ten atoli nie jest bezwzględnie pewny, albowiem, jeżeli łożysko jest duże, a krwiak pozałożyskowy znaczny, to napięcie żyły pępowinowej może być utrzymane aż do samego prawie końca 3-go okresu, jak tego dowodzi bezpośrednie badanie ręką. Naodwrót, jeżeli łożysko jest małe, a krwiak nieznaczny, napięcie żyły pępowinowej jest od samego początku niewielkie, a zupełnie ustaje z chwilą, gdy łożysko wytoczy się do jamy dolnego odcinka, a więc gdy jeszcze nie opuściło macicy. Na tym objawie więc bez obawy pomyłki polegać nie można. *b*) Dla oznaczenia umiejscowienia łożyska w przewodzie rodnym kobiety jest względnie najpewniejszym następujący objaw: Przy obniżaniu dna macicy, jak dla wygniatania Crédego, obniża się koniec pępowiny, aby po zwolnieniu nacisku na dno, cofnąć się ku górze. Jak długo łożysko znajduje się w jamie macicy, tak długo on występuje. Jeżeli wartość tego objawu kontrolujemy badaniem wewnętrznem, przekonywamy się, że wystąpi on także wtedy, gdy łożysko pewną częścią znajdzie się już w jamie pochwy, a wisi umocowane do macicy na nie odklejonych jeszcze błonach. Jeżeli więc tego objawu niema, to możemy na pewne wnioskować, że łożysko jest w pochwie i że niema żadnych przeszkód dla obsunięcia się

łożyska w przewodzie pochwy aż na podłogę miedniczą, a więc gdy i błony bez przeszkód się odklejają. W takich okolicznościach w razie obniżania trzonu, obniża się i koniec pępowiny, ale cofa się tylko nieznacznie. *c*) Jeżeli łożysko jest w jamie trzonu macicy, to przy trącaniu, lub lekkiem ugniataniu macicy od zewnątrz, wyczuwamy w żyle pępowinowej sztuczne tętnienie, lub chwilowe podwyższanie się parcia. Wartość tego objawu jest taka sama, jak badanie napięcia krwi w żyle pępowinowej.

Z powyższego widzimy, że zachowanie się pępowiny w czasie przebiegu 3-go okresu w typie prawidłowym wcale nie jest typowe, dlatego też, chcąc spożytkować objawy wykazać się na niej dające dla rozpoznania pewnej fazy 3-go okresu, należy uwzględnić cały ogół faktów, dostarczonych przez badanie zewnętrzne 3-go okresu, a wtedy mogą one nam zadanie ułatwić. W każdym razie musi się pamiętać o tym fakcie, że rozpoznanie pewnej fazy 3-go okresu, postawione tylko badaniem zewnętrznem, nie wychodzi w znacznym odsetku przypadków poza obręb prawdopodobieństwa, które w pewność zamienić może dopiero badanie wewnętrzne.

Umiejscowienie miejsca łożyskowego w jamie macicy w przypadkach prawidłowego przebiegu 3-go okresu. Bezpośrednie badanie czuciem wnętrza macicy pierwszych chwil połogu przekonywa, że w typie prawidłowym przebiegu 3-go okresu miejsce łożyskowe znachodzi się z reguły na przedniej ścianie macicy, w jamie trzonu, poza pierścieniem skurczowym, znacznie rzadziej na tylnej ścianie, a wyjątkowo w dnie macicy. Fakt ten można równie pewnie stwierdzić wewnętrznem badaniem przebiegu wydalenia się łożyska z jamy macicy. I tak: gdy łożysko znajduje się znaczną częścią w jamie trzonu macicy, a część łożyska, wydalona poza pierścień skurczowy w dolnym odcinku, jest jeszcze płaską, to łatwo wnioskować, gdzie leży miejsce łożyskowe, bo wtedy powierzchnia owodniowa łożyska jest odwróconą od ściany, na której leży miejsce łożyskowe; skoro atoli łożysko, w znacznej części wydalone do jamy dolnego odcinka, przybrało także kształt kuli, to rozpoznać możemy umiejscowienie jego tylko po obserwacyi sposobu obsuwania się łożyska ku dołowi. Łożysko wypuklone powierzchnią owodniową, przechodząc przez ujście zewnętrzne macicy do pochwy, zachowuje się w ten sposób, że w razie umiejscowienia jego na przedniej powierzchni trzonu, obsuwa się raźniej część łożyska, leżąca bliżej kości krzyżowej; naodwrót zaś, gdy miejsce łożyskowe jest na tylnej ścianie macicy, obsuwa się szybciej i więcej część łożyska, będąca bliżej spojenia łonowego. Że łożysko z reguły leży w jamie macicy przyklejone do przedniej lub tylnej ściany, mamy nadto dowody w oglądaniu popłodu, gdzie widzimy, że otwór powstały po pęknięciu pęcherza leży z reguły nie w środku błon, ale nieopodal od brzegu łożyska.

Odmiany fizyologiczne prawidłowego typu 3-go okresu.

W przebiegu 3-go okresu w mechanizmie prawidłowym spotykamy odmiany w 2-ch kierunkach: 1) 3-ci okres przebiega zwolna, a każda faza mechanizmu jest b. wybitnie zaznaczoną; 2) 3-ci okres przebiega szybko *a*) w całości, *b*) z wyjątkiem ostatniej fazy, t. j. przejścia popłodu przez szparę sromową.

W 1-szej odmianie mechanizmu prawidłowego 1-a faza, t. j. wydalanie się łożyska przez okolicę pierścienia skurczowego do jamy dolnego odcinka i rozdętej szyi, odbywa się w sposób zwykły, ale b. powoli. Wskutek tego: ani ściany dolnego odcinka, ani ściany szyi przez dłuższy przeciąg czasu nie ulegają mechanicznemu rozciągnięciu przez obsuwający się popłód, w następstwie czego ściany szyi wraz z ujściem zewnętrznem i wewnętrznem zaczynają się ściągać według tych samych prawideł, jakie widzimy w połogu, mianowicie, iż inwolucya rozpoczyna się od ujścia zewnętrznego macicy. W przypadkach wybitnie patologicznych, t. j. gdzie 1-a faza przeciąga się b. znacznie, może inwolucya macicy tak dalece postąpić, że tworzy się kanał szyi z oboma ujściami zewnętrznem i wewnętrznem. W przypadkach atoli, które należy jeszcze zaliczać do fizyologicznych, bo bez pomocy, siłami natury, 3-ci okres się kończyć może, znachodzimy tylko ściągnięte ujście zewnętrzne macicy. W tych przypadkach, skoro nareszcie zesunie się łożysko, do jamy dolnego odcinka, chcąc się wydostać do pochwy, musi ujście zewnętrzne macicy całkowicie rozewrzeć. Siły wydalające łożysko z jamy dolnego odcinka i szyi do jamy pochwy działają wogóle słabo; jeżeli zatem inwolucya szyi nie postąpiła zbyt daleko tak, iż obsuwające się łożysko nie tylko może zapobiedz dalszemu zwijaniu się szyi, ale nadto zwolna lecz statecznie rozwiera ujście zewnętrzne, to po upływie pewnego czasu, niekiedy kilku godzin, łożysko rozszerzy całkowicie ujście zewnętrzne i wytoczy się do pochwy, skąd albo pod wpływem parcia rodzącej, lub przy pomocy lekarskiej zostaje wygniecione na zewnątrz.

Bezpośrednią więc przyczyną przeciągania się 2-giej fazy mechanizmu 3-go okresu jest częściowa inwolucya szyi, w przypadkach fizyologicznych dotycząca tylko ujścia zewnętrznego macicy. Warunkami zaś sprzyjającymi tej inwolucyi ujścia zewnętrznego są: 1) opóźnianie się 1-szej fazy mechanizmu; 2) mały stopień porażenia umięśnienia ścian szyi wskutek niezbyt wielkiego jej rozdęcia, jak to ma miejsce przy porodach nieczasowych i poronieniach.

Przyczyny zaś, dlaczego się poród popłodu z jamy trzonu opóźnia, należy szukać w czynnikach, mających znaczenie dla odklejania się i wydalania łożyska i błon. Spostrzegając stany skurczowe mięśni macicy w tych przypadkach, przekonywamy się, iż w nich nie mamy zaburzeń; po okresie tężca, występują jak zwykle energiczne skurcze okresowe. Pod wpływem tych bolów ściąganie się trzonu macicy postępuje zupełnie prawidłowo. Badanie wewnętrzne i zewnętrzne dowodzi, iż krwiak zbytnio nie przybiera na pojemności, co świadczy o tem, iż ściąganie się miejsca łożyskowego postępuje w prawidłowem tempie. Natomiast oglądając uważnie popłody, urodzone nareszcie siłami natury, lub też sztucznie przy pomocy metody nastrzykiwania łożyska, zauważamy na powierzchni matczynej łożyska zgrubienia ogniskowe w błonie doczesnej, niekiedy chrząstkowatej twardości, oraz liczne złogi wapniowe. Również i na błonach, a zwłaszcza w otoczeniu łożyska, spotykamy analogiczne zgrubienia doczesnej, oraz wybroczyny. Widoczna rzecz, że wobec braku zaburzeń w skurczach lub ściąganiu się macicy, zmianom tym należy przypisać winę opóźniania się 1-ej fazy mechanizmu.

W drugiej odmianie typu prawidłowego mechanizmu popłód bardzo szybko opuszcza jamę trzonu macicy, a znajdując całkowicie rozszerzoną szyję, szybko

przedostaje się przez zupełnie rozszerzone ujście zewnętrzne macicy do jamy pochwy, gdzie zesunąwszy się na podłogę miedniczną, dopiero tu zatrzymuje się na dłuższy przeciąg czasu. Badając kobietę wewnętrznie tuż po porodzie dziecka, stwierdzamy, że dno macicy sięga do pępka lub nawet o palec poniżej, opór jest mały, dobrze skurczony, o kształtach prawie identycznych z kształtami trzonu w pierwszych chwilach połogu; stwierdzamy dalej, że w ciągu dalszych kilku minut macica nie podnosi się wcale, albo też nieznacznie tylko. Badanie wewnętrzne, wykonane w pierwszych minutach po porodzie dziecka, wykazuje już obecność znacznej części łożyska wypuklonego w ciało kuliste w jamie szyi, a w dalszych paru minutach znachodzimy je w płaszczyźnie ujścia zewnętrznego, całkowicie rozwartego, największym obwodem kuli. W dalszych kilku minutach wprowadzony palec napotyka wypuklone łożysko już we wychodzie miednicy kostnej. W tych więc przypadkach już w czasie trwania tężca mięśni macicy, t. j. w przeciągu pierwszych 7—10 minut 3-go okresu, łożysko przebywa całą drogę z wnętrza macicy aż do dolnej części pochwy.

Dalszy przebieg 3-go okresu w tych przypadkach bywa trojaki: 1. Dno macicy, będące na wysokości pępka, zaczyna się zwolna podnosić ku górze. Najlepiej ocenić to umiejscowienie dna macicy możemy w czasie skurczu, jaki się okresowo co 10 minut mniej więcej pojawia. To podnoszenie się trzonu macicy wywołane jest wylewaniem się krwi poza wypuklone łożysko. Z chwilą, gdy krwi zbierze się bardzo dużo poza łożyskiem, niekiedy tak dużo, że dno znachodzi się pod łukiem żebrowym, rodząca zaczyna odczuwać prężenie dołem, wskutek czego na szczycie bolu okresowego prze odruchowo i wypiera popłód całkowicie odklejony przez szparę sromową. 2) Jeżeli ściąganie się macicy jest bardzo energiczne, wskutek czego wylewanie się krwi poza łożysko, będące w pochwie, jest bardzo skąpe, podnoszenie się trzonu macicy występuje bardzo powoli, a łożysko niejako spoczywa w wygięciu kości krzyżowej na podłodze miednicznej tak, iż dopiero sztuczną pomocą musimy kończyć 3-ci okres, przyczem z reguły łożysko wisi jeszcze na błonach, nie zupełnie odklejonych. Naodwrót 3), jeżeli łożysko jest znaczne, mięsiste, a ściąganie się macicy niezbyt energiczne, krwiak poza łożyskiem wzrasta nagle, kobieta zaraz odczuwa prężenie dołem, prze odruchowo i szybko wydala łożysko wraz z najdokładniej odklejonemi błonami i dużym krwiakiem. Po porodzie popłodu rodząca zwykle krwawi, krwotok ten atoli łatwo daje się opanować. (Dok. nastąpi).

III. **Spostrzeżenia z zakładu anatomii patologicznej prof. Dra Browicza w Krakowie.**

Wrodzona niedrożność jelit cienkich.

Podali

Dr. Stanisław Ciechanowski, prof. nadzw.
i **Dr. Leon Konrad Gliński,**
asystenci zakładu.

(Dokończenie).

Idąc za radą Brauna i Chiariego, bez względu na teoretyczne zarzuty Kuligi, nie ograniczyliśmy się w naszem II. i III. spostrzeżeniu do dokładnego badania gołem okiem, lecz wykonaliśmy również badania drobnowidowe, co wydawało nam się tem potrzebniejszem, iż podobnie, jak w spostrzeżeniach owych badaczy, znajdowały się w świetle jelita tuż poniżej jego przerwy białawe, grudkowate masy, a samaż przerwa ciągłości dotyczyła dolnej części jelita biodrowego.

W spostrzeżeniu naszem drugiem białawe masy, znajdujące się w jelicie poniżej zarośnięcia, składały się tylko ze złuszczonego nabłonka i śluzu. Dla upewnienia się zbadaliśmy jeszcze prócz samychże mas poprzeczne przekroje ślepego początku dolnej części jelita biodrowego i kątnicy na przejściu w okrężnicę wstępującą. I tu jednak masę, leżącą w świetle jelita (a poprzedniem badaniem nienaruszoną), tworzył tylko śluz i złuszczony nabłonek, nie znaleźliśmy zaś nic takiego, coby mogło w jakikolwiek sposób przemawiać za przebytem wgłobieniem.

Jakież tedy tłómaczenie przypadałoby najsnadniej do drugiego naszego spostrzeżenia? W spostrzeżeniu tem zdaje się wszystko przemawiać za tem, że niedrożność była tu skutkiem zboczenia samychże spraw rozwojowych, a nie przypadkowo dołączających się procesów patologicznych. Świadczą o tem: typowa siedziba niedrożności; śluzowa treść kiszki, wskazująca, że niedrożność wytworzyła się w okresie zanikania przewodu żółtkowego, zanim żółć do kiszki dostać się mogła, zatem w okresie, dla tej postaci niedrożności również poniekąd typowym; obecność innych zmian rozwojowych w postaci wysokiego ustawienia kątnicy, które odpowiada wstrzymaniu się rozwoju kiszki w okresie niewiele późniejszym od okresu powstania niedrożności, a ze swej strony mogło być podstawą nieprawidłowego rozwoju krezki w zakresie części poprzecznej okrężnicy i zarośnięcia otworu Winslowa. Brak natomiast śladów dawniej w życiu płodowem przebytego zapalenia otrzewnej w postaci nieregularnych i zaburzeniami czysto rozwojowemi nie dających się tłómaczyć zrostów; znalezione na otrzewnej zmiany zapalne ostre są oczywiście świeżym skutkiem skręcenia i pęknięcia ślepego końca jelita biodrowego, co stało się, być może, już po porodzie, lub w czasie porodu. Szczegóły obrazu anatomicznego przemawiają również i za tem, że owo zboczenie spraw rozwojowych wiązało się z losami przewodu pępkowo-jelitowego.

Nie znaleźliśmy jednak żadnego wyraźnego dowodu, żeby niedrożność w przypadku tym powstać mogła w sposób, podany przez Ahlfelda (oddzielenie pętli przez zaciskający się pierścień pępkowy), lub przez skręcenie się pętli pod wpływem udzielających się przewodowi skrętów pępowiny. Z tłómaczeń, nie pozbawionych podstawy, pozostawałoby przypuszczenie załamania jelita przez pociągający je przewód; z tem przypuszczeniem najlepiej zresztą godziłoby się ustalenie dolnego, krótkiego odcinka jelita biodrowego i kątnicy przez pokrywającą je otrzewnę, oraz wysokie ustawienie kątnicy niemal tuż pod wątrobą. Niemniej jednak stanowczego zdania nie osmielilibyśmy się wypowiedzieć.

Co się tyczy III-go naszego przypadku, to, chcąc zachować znaleziony okaz w należytym stanie do naszego muzeum, musieliśmy się ograniczyć do zbadania mikroskopowego tylko treści jelita biodrowego poniżej miejsca przerwy, bez jednoczesnego badania tego jelita w całości. Badanie to jednakże nie wykazało żadnych, choćby już obumarłych szczątków jelita, a masy badane składały się wyłącznie ze śluzu i ze złuszczonych nabłonków, zupełnie się nie różniąc

mikroskopowo od zbadanej jednocześnie treści odbytnicy w tymże przypadku.

Chcąc jednak całkowicie upewnić się, czy w tem (III-ciem) naszem spostrzeżeniu również nie mamy do czynienia z wgłobieniem, zbadaliśmy mikroskopowo na poprzecznych przekrojach wolny brzeg krezki w miejscu przerwy ciągłości jelita, a to z tego względu, iż w przypadkach zarówno Brauna, jak i Chiariego brzeg ten nie zawierał jelita, co zresztą łatwo zrozumieć wobec tego, iż odpowiadająca temu brzegowi część jelita uległa wgłobieniu. W dwóch wyciętych do badania mikroskopowego kawałkach, pochodzących z obwodowych części miejsca przerwy, prócz znacznej ilości tkanki włóknistej można było tylko gdzieniegdzie wykazać oddzielnie leżące pęczki mięśni gładkich; natomiast w trzecim kawałku, wyciętym mniejwięcej ze środkowej części wolnego (pozornie) brzegu krezki, znaleźliśmy pewny dowód istnienia tutaj zarośniętej cewki jelitowej, a mianowicie: pod otrzewną widoczne były dobrze zachowane zewnętrzna i wewnętrzna warstwa mięśni gładkich o układzie włókien, odpowiadającym przebiegowi włókien mięsnych w jelicie; błony śluzowej nie znaleźliśmy już ani śladu, natomiast całe światło utworzonej przez warstwy mięsne cewki było wypełnione tkanką łączną, pozostającą w bezpośrednim związku z dającą się jeszcze wyróżnić warstwą podśluzową (patrz *rysunek II*). Wypełniająca światło tkanka łączna jest włóknista, zbita, bliznowata, wśród niej znajdują się szczeliny, wypełnione masami o wejrzeniu mikroskopowem smołki. Na podstawie tego wyniku badania mikroskopowego przyjść musieliśmy do wniosku, iż wolny zgrubiały brzeg krezki odpowiadał zanikłemu jelitu, przyczem jelito zanikło tutaj nierównomiernie: w częściach obwodowych jelito zanikło prawie całkowicie, w częściach pośrednich cewka jelitowa dawała się jeszcze wcale dobrze wyróżnić.



Rysunek II.
Obraz miskroskopowy wrodzonego zarośnięcia jelita w spostrz. III. (barwienie sposobem Van Giesona).

Cóż więc ostatecznie w danym przypadku stać się mogło przyczyną zarośnięcia światła i zaniku jelita na stosunkowo znacznej przestrzeni? Jak widzieliśmy, zarówno makro- jak i mikroskopowo stopień zaniku jelita w obrębie pozornie wolnego brzegu krezki był największy w częściach obwodowych, najmniejszy — w częściach pośrednich: w częściach obwodowych brzeg krezki dochodził zaledwo grubości nitki i składał się wyłącznie z tkanki łącznej; dalej ku środkowi spotykały się pośród tkanki włóknistej pojedyncze pęczki mięśni gładkich, w częściach wreszcie pośrednich brzeg krezki dochodził na poprzecznym przekroju grubości 4 mm. i tutaj mikroskopowo można było stwierdzić obecność zarośniętej cewki jelitowej; a więc przyczyna, która spowodowała zanik jelita, musiała najsilniej działać na obwodowe części zanikłego odcinka, najsłabiej — na jego części pośrednie. Jeśli uwzględnimy jednocześnie długość i częściowe zwyrodnienie włókniste krezki w tem miejscu obok braku zrostów, któreby przez ucisk mogły wywołać obraz podobny, to przyjść musimy jako do najprawdopodobniejszego w danym razie przypuszczenia, iż przyczyną niedrożności stało się skręcenie (*torsio*) dolnej części jelita biodrowego w zależności od nadmiernego wydłużenia krezki. W obwodowych częściach skręconego jelita ucisk oczywiwiście był największy, stąd też tutaj powstały największe zmiany i całkowity zanik jelita; w częściach pośrednich skutkiem zaciśnięcia naczyń krezkowych obumarła błona śluzowa, jako najmniej odporna na upośledzenie odżywienia; po oddzieleniu tej obumarłej na znacznej przestrzeni błony, rozrastająca się od strony błony podśluzowej tkanka łączna zapełniła całkowicie światło jelita. Czynnikiem usposabiającym do tego skręcenia się jelita mogło być fizyologiczne skręcanie się pępowiny, której ruchy udzielić się mogły następowo (za pośrednictwem przewodu żółtkowego) dolnej części jelita biodrowego; ta zaś okoliczność, obok jednoczesnej nadmiernej długości krezki, łatwo wywołać mogła skręcenie się jelita ze wszelkiemi jego następstwami, jak to twierdzą Kölliker [62]), Leichtenstern [63]), Krokiewicz [64]) i inni. Zresztą bezpośredniego na to dowodu nie znaleźliśmy.

Ostatni wreszcie (IV-ty) spostrzegany przez nas przypadek dotyczył noworodka płci żeńskiej, u którego niedrożność jelit rozpoznano już za życia i z tego powodu założono (Doc. Bossowski) sztuczny odbyt. Mimo tego zabiegu dziecię zmarło w cztery dni po urodzeniu.

Badanie pośmiertne, wykonane przez nas dnia 7. X. 1902 roku (P. S. 784), nie wykazało nic nieprawidłowego w obrębie czaszki i jej treści, ani w narządach klatki piersiowej. Na brzuchu widoczna świeża rana polaparotomijna, w której umocowano jedną z rozdętych pętli jelitowych (patrz niżej) wraz z wprowadzonym do jej części doprowadzającej drenem kauczukowym. Po wyjęciu drenu, zdjęciu szwów i dokładniejszem otwarciu jamy brzusznej znaleźliśmy tutaj obraz następujący: W częściach najniżej położonych widoczna jest mała ilość półskrzepłej krwi. W dolnej połowie jamy brzusznej, oraz po stronie prawej, widzieć można w prawidłowych skrętach przebiegające pozapadane pętle jelitowe; natomiast w górnej połowie jamy brzusznej, więcej ku stronie lewej, znajduje się cały splot ściśle pozrastanych z sobą, znacznie rozdętych, pozornie nie dających się rozwikłać pętli jelitowych. Po częściowem oddzieleniu zrostów przekonaliśmy się, iż żołądek i dwunastnica ułożone są prawidłowo; już jednak początkowe pętle jelita czczego wchodzą w skład wspomnianego splotu jelitowego, okręcając się przytem kilkakrotnie około krezki, jak około osi i układając się ponad sobą ślimakowato w $3^1/_2$ zakrętach. Na całej

[62]—[64]) Kölliker, Leichtenstern, Krokiewicz *l. c.*

tej przestrzeni jelito czcze, podobnie zresztą jak żołądek i dwunastnica, posiadają ściany zgrubiałe, są znacznie rozdęte i to w ten sposób, że w miarę zwiększania się odległości od odźwiernika stopień ich rozdęcia znacznie wzrasta; ostatni zakręt, leżący na szczycie tego splotu jelitowego, kończy się dużem, workowatem, ślepem rozdęciem, pozornie gubiąc się całkowicie pośród rozległych, znajdujących się tutaj zrostów; zwrócone ku sobie powierzchnie pętli jelitowych są również ze sobą pozrastane. Przy dokładniejszem badaniu udało się nam jeszcze w obrębie opisanego wyżej splotu jelitowego odszukać dalszy ciąg jelita cienkiego, a mianowicie po odpreparowaniu zrostów na szczycie splotu zauważyliśmy, iż we wklęsłości ostatniego, leżącego tutaj, workowato rozdętego zakrętu, znajdował się z obydwu stron zarośnięty, $3^{1}/_{2}$ ctm. długi odcinek jelita; obwód tego odcinka wynosi przeszło dwa ctm., jego światło wypełnione jest białawą treścią, składającą się mikroskopowo ze śluzu



Rysunek III.
(półschematyczny) wrodzona niedrożność wskutek skręcenia (spostrzeżenie IV.)

i ze złuszczonych nabłonków. Odcinek ten na szczycie splotu jelitowego był niejako wtłoczony pomiędzy wklęsłą powierzchnię ostatniego rozdętego zakrętu, a znajdujący się tutaj gruby postronek łącznotkankowy [65]) w ten sposób, iż postronek ten uciskał na zarośnięte końce tego odcinka. Za pośrednictwem cienkich, około $^{1}/_{2}$ ctm. długich, nitkowatych (nie posiadających własnego światła) pasemek, odcinek ten łączy się z jednej strony ze szczytem ostatniego ślepo się kończącego, rozdętego zakrętu, z drugiej zaś strony z dalszą zapadniętą częścią jelita cienkiego, które początkowo biegnie jeszcze w obrębie całego tego splotu jelitowego ślimakowato, tworząc tutaj trzy zakręty, ukryte pomiędzy zakrętami rozdętej części jelita i biegnące od szczytu splotu ku jego podstawie w kierunku wprost odwrotnym, jak zakręty rozdętej części (*rysunek III*).

Po wyjściu z tego splotu jelita cienkie biegną dalej w prawidłowych skrętach jeszcze na przestrzeni 79 ctm. (w preparacie zachowanym w formalinie), są wogóle zapadnięte i tylko w początkowych pętlach zawierają smołkę, w dalszych zaś, podobnie jak i kiszka, tylko małą ilość treści śluzowej, białawej. Z wyjątkiem rozległych, dość ścisłych zrostów w obrębie opisanego splotu jelitowego, otrzewna jest cienka, gładka, lśniąca; jedynie tylko w częściach przylegających do splotu skłębionych jelit widoczny był jeden cienki nitkowaty zrost pomiędzy dwiema pętlami jelita cienkiego. Kopuła kątnicy leży stosunkowo wysoko (na wysokości dolnej poziomej gałęzi dwunastnicy). Wyrostek robaczkowy — odchylony ku górze i ukryty poza kątnicą, z którą jest zrośnięty. Wątroba, śledziona, trzustka, nerki i inne narządy nie okazywały nic nieprawidłowego.

Jak widzimy z powyższego opisu, przypadek ten wyróżniał się od poprzednio opisanych siedzibą niedrożności (mniejwięcej na pograniczu jelita czczego i biodrowego), istnieniem dwukrotnej przerwy w ciągłości jelita, wreszcie niezwykłem ukształtowaniem się jelit cienkich i obecnością zrostów otrzewnowych na ograniczonej przestrzeni. Usadowienie niedrożności na pograniczu jelita czczego i biodrowego należy do bardzo rzadkich i słusznie zauważa Leichtenstern [66]), iż *am Ileum sind nur sehr selten die mittleren oder oberen Partien Sitz der Atresie;* względna rzadkość wrodzonej niedrożności jelit w tem miejscu jest zresztą zrozumiałą wobec tego, iż w tej części pierwotnej cewki jelitowej nie toczą się żadne tak zawiłe sprawy rozwojowe, jak to ma miejsce w dwunastnicy (rozwój wątroby i trzustki przez wypuklenie ściany jelita) i w dolnej części jelita biodrowego (zanikanie przewodu żółtkowego), a więc i niedrożność wrodzona z przyczyn czysto rozwojowych w tej części jelita występować może chyba wyjątkowo. Już więc względy czysto teoretyczne nakazywały nam z góry przypuszczać, iż w danym przypadku przyczyną niedrożności najprawdopodobniej stała się jakaś sprawa patologiczna, która wystąpiła w toku rozwoju. Pierwsze przypuszczenie, jakie musiało się nam nasunąć wobec istnienia podwójnej przerwy jelita i rozległych zrostów w górnej części jamy brzusznej po stronie lewej, mimowoli skierować się musiało ku przebytemu w życiu płodowem zapaleniu otrzewnej; ponieważ jednak samoistne zapalenie otrzewnej wogóle, zwłaszcza zaś w życiu płodowem, może występować tylko nadzwyczaj rzadko, ponieważ dalej znalezione zrosty zajmowały tylko ograniczoną przestrzeń jamy brzusznej, przyjść musieliśmy do przekonania, iż przyczyna, która wywołała zapalenie otrzewnej z następowymi zrostami na ograniczonej przestrzeni, była raczej czysto miejscową, niżeli ogólną. Wobec tego musieliśmy rozwikłania całej zagadki szukać przedewszystkiem w obrębie otoczonego zrostami splotu jelitowego. Badanie to w danym przypadku było nadzwyczaj utrudnione raz z powodu rozległych i ścisłych zrostów, powtóre zaś z powodu, iż przy wykonywaniu za życia zabiegu chirurgicznego część zrostów poprzecinano, i stąd należało być bardzo ostrożnym w ocenianiu wyników badania. Jak jednak z poprzedniego opisu już widzieć mogliśmy, dokładniejsze badanie dało nam wynik dość niespodziewany, a mianowicie znaleźliśmy kilkakrotny skręt jelita czczego w kształcie podwójnej wężownicy, oraz mogliśmy wykazać postronek łą-

[65]) Postronek ten został przecięty przy operacyi, co początkowo utrudniało nam znacznie należyte zrozumienie całej sprawy.

[66]) Leichtenstern: *l. c.* str. 370.

cznotkankowy, uciskający na zarośnięte końce pętli jelitowej, leżącej pomiędzy miejscami przerw. Wobec takiego ostatecznego wyniku badania, powstanie podwójnej niedrożności w danym przypadku tłómaczy się w sposób dość prosty: w następstwie nadmiernej długości krezki przyszło tutaj do kilkakrotnego skręcenia się jelita czczego; skręcenie to jednakże nie doprowadziło do całkowitego zaciśnięcia światła naczyń krezkowych, gdyż w takim razie przyjśćby musiało do obumarcia całej tej części jelita, czego w rzeczywistości nie znaleźliśmy; zaciśnięcie to było jednakże już wystarczającem do zadrażnienia otrzewnej i wywołania ograniczonego aseptycznego jej zapalenia z następowem wytworzeniem się zrostów; pozrastanie się z sobą pętli jelitowych uniemożliwiło odkręcenie się ich w dalszym rozwoju i utrudniało krążenie treści jelitowej, powodując coraz większe rozdęcie części doprowadzającej; do części odprowadzającej treść jelitowa z powodu zmiany kierunku jelit na szczycie splotu dostawać się mogła chyba tylko z trudnością, stąd też ta część już od samego początku rozdęciu ulegać nie mogła; w końcu nowo wytworzony na szczycie splotu jelitowego postronek łącznotkankowy, uciskając coraz silniej na jedną ze znajdujących się tutaj pętli jelitowych, doprowadził do całkowitego jej zarośnięcia w dwóch miejscach; wobec tego część jelita, leżąca powyżej miejsca pierwszej przerwy, rozdymała się coraz więcej, aż doszła do tak olbrzymich rozmiarów, jak to znaleźliśmy na sekcyi; jednocześnie skutkiem wzmożonej pracy ściany tego odcinka jelitowego uległy przerostowi roboczemu, co oczywiście w dalszym ciągu odbić się musiało na dwunastnicy i na żołądku. Jedynie tylko tego rodzaju tlómaczenie jest w stanie wytłómaczyć nam całokształt znalezionego przez nas w danym przypadku obrazu.

Zdaniem naszem obraz anatomiczny naszego ostatniego przypadku nie dałby się pogodzić z żadnem innem tłómaczeniem i z tego powodu musimy nasze spostrzeżenie uznać za szczególnie ważne, ponieważ właśnie najświeższa praca, jaka się pojawiła w przedmiocie wrodzonej niedrożności jelita, zwalcza usilnie przypuszczenie, żeby przyczyną tej zmiany mogło być wogóle pierwotne skręcenie jelit. Jest to właśnie wspomniana już kilkakrotnie praca Kuligi, który przytaczając kolejno szereg spostrzeżeń niedrożności wrodzonej, tłómaczonych przez skręcenie, stara się udowodnić przez rozbiór szczegółowy każdego z nich — błędność tego przypuszczenia. Sądzi on, że w większości owych przypadków było skręcenie jelit następstwem, a nie przyczyną niedrożności i to następstwem, powstałem dopiero po porodzie. I z pewnością nie myli się on co do tych przypadków, w których zarówno samo skręcenie, jak i towarzyszące mu zmiany otrzewnej nosiły cechy sprawy zupełnie świeżej. Ale i sam Kuliga nie o wszystkich przypadkach mógłby to powiedzieć. Przypuszczenie skręcenia w tych spostrzeżeniach, w których zmiany na otrzewnej były starszej daty, stara się Kuliga obalić głównie argumentem, iż skręcenie musiałoby wskutek zaciśnięcia naczyń krezki wywołać całkowite obumarcie całej odpowiedniej pętli jelita (*l. c.* str. 487). Czerpie on jednak ten argument ze stosunków, jakie istnieją w ustroju dorosłym. Tymczasem uwzględniając stosunki anatomiczne wczesnych okresów życia płodowego, nie można wyłączać możliwości takiego skręcenia jelit, przy którem naczynia krezki uległyby wprawdzie uciskowi, ale nie zupełnemu zaciśnięciu, przy którem przeto nie doszłoby do całkowitej martwicy wszystkich warstw ściany jelita w obrębie całej skręconej pętli, lecz mogłoby się skończyć na mniejszych zaburzeniach krążenia z następowem utrzymaniem się pętli, a powstaniem tylko ograniczonego zapalenia i zrostów otrzewnej. Byłoby to możliwe mianowicie w tym wypadku, gdy jelita wytwarzają wysokie pętle o krezce również stosunkowo bardzo wysokiej, a jednak nie węższej u podstawy, niż u szczytu. Łatwo sobie uprzytomnić na wązkim, a długim skrawku papieru, zwiniętym w kierunku dłuższego wymiaru ślimakowato coraz cieniej ku końcowi, lub na wysokim, długim pasie płótna, że jelito przebiegające jakby wzdłuż obu długich jego boków i jednego krótkiego, mogłoby uledz kilkakrotnemu okręceniu, a jeszcze naczynia, biegnące w krezce, nie uległyby zupełnemu zaciśnięciu. Teoretyczny argument Kuligi nie może więc rzeczy stanowczo z góry rozstrzygać. Jeżeli zresztą wśród przypadków skręcenia jelit ze starszej daty zmianami na otrzewnej, streszczonych przez Kuligę, brak takiego, w którym niedrożności nie można by w żaden sposób inaczej tłómaczyć, jak tylko przez skręcenie, to zdaje nam się, że właśnie nasze spostrzeżenie lukę tę wypełnia i jest owym oczywistym dowodem, znaczącym więcej, niż cały szereg wyników ujemnych.

Niewyjaśnioną pozostaje jednakże i w naszym przypadku jeszcze jedna okoliczność, a mianowicie, co było ostatecznie przyczyną skręcenia się jelita i to w tak niezwykły kształt.

Skręcenie w przypadkach wrodzonej niedrożności jelita nie należy w piśmiennictwie do zjawisk wyjątkowych, a z przypadków takich, zestawionych i odmiennie tłómaczonych przez Kuligę, przecież jest kilka, w których podsuwane przez niego inne tłómaczenie powstania niedrożności wydaje się mniej usprawiedliwione, niż przypuszczenie pierwotnego skręcenia. Nawet przed niedawnym czasem opisał Schnizlein[67]), którego pracy Kuliga nie przytoczył, podobne, jak w naszym przypadku, wężownicowate skręcenie się jelita obok wrodzonej niedrożności dwunastnicy, z trudnością dające się pojąć, jako skutek niedrożności.

Nie wdając się w stanowcze rozstrzyganie postawionego wyżej pytania co do ostatecznej przyczyny skręcenia jelita w życiu płodowem, zauważyć wszakże należy, iż już w toku fizyologicznego rozwoju płodu, przebiegająca pierwotnie prosto wzdłuż kręgosłupa cewka jelitowa przy rozrastaniu się na długość tworzy po wyrośnięciu w pierwszą wysoką, a wązką pętlę różne dalsze zakręty; łatwo więc w tych warunkach przyjść może do nieprawidłowego skręcenia się jelita; przytem oczywiście pewną rolę odgrywać mogą, jak zresztą wogóle przy powstawaniu zboczeń rozwojowych wpływy mechaniczne i cieplne, którym niektórzy autorowie przypisują wogóle bardzo wielki wpływ na powstawanie wrodzonej niedrożności jelit.

Godną również uwagi jest ta okoliczność, iż podobne, jak w naszym przypadku, ślimakowate ułożenie jelit cienkich spotykamy stale w pewnym okresie rozwojowym u płazów bezogoniastych (*anura*). U zwierząt tych, jak czytamy u Maurera[68]) *auf der Höhe seiner Ausbildung stellt der*

[67]) Schnizlein: Beiträge zur klinischen Chirurgie Tom 36 Zeszyt 2.

[68]) Maurer: w Hertwiga: Handbuch der vergleichenden und

Mitteldarm eine Doppelspirale dar, die in $2^1/_2$—3 Windungen vom Pylorus aus von rechts nach links sich windet. Diese Windungen liegen nicht in einer Ebene, sondern steigen ventralwärts auf. Von da an verlaufen ebensoviele Windungen in umgekehrter Richtung zwischen den ersteren und gehen in den Enddarm über.

To ślimakowate skręcenie się jelit, występujące fizyologicznie w toku rozwoju pewnych zwierząt niższych, jest również dowodem, iż zasadniczy argument Kuligi przeciw pierwotnemu skręceniu się jelit u płodu niema tej wagi, jaką mu pragnie nadać ten autor. Jakżeby bowiem mogło owo ślimakowate skręcenie jelit u płazów godzić się z dalszym fizyologicznym rozwojem, gdyby każde skręcenie jelit miało przebiegać według praw, poczerpniętych z patologii dorosłego ustroju ludzkiego i kończyć się zupełnem obumarciem skręconej pętli?

Zaróśnięcie (lecz nieskręcenie) jelita w naszym przypadku nastąpić musiało w stosunkowo późnym okresie rozwojowym, najwcześniej gdzieś w trzecim, lub czwartym miesiącu życia płodowego, o czem świadczyła obecność smółki w świetle jelita biodrowego poniżej miejsca niedrożności; skręcenie jelita oczywiście nastąpić musiało znacznie wcześniej, jak już z tego, co wyżej powiedzieliśmy — wynika.

Nie mamy zamiaru z przytoczonych wyżej kilku oddzielnych spostrzeżeń wyciągać jakichś szerszych uogólnień, lub daleko idących wniosków. Już jednak tych kilka przypadków wskazują nam, iż najrozmaitsze przyczyny mogą dać powód do wrodzonej niedrożności jelit, a częstokroć podobne obrazy anatomiczne wrodzonej niedrożności powstać mogą pod wpływem odmiennych przyczyn; stąd też przy ocenianiu przyczyny, która w danym przypadku wywołała niedrożność jelit, nie należy nigdy uprzedzać się z góry, lecz przeciwnie, opierać swe zdanie wyłącznie na jak najdokładniejszem zbadaniu danego przypadku, do czego częstokroć wprost niezbędnem staje się dokładne badanie mikroskopowe. Jak należy być ostrożnym w ocenianiu znalezionych na sekcyi zmian, wskazuje zwłaszcza ostatnie (IV) nasze spostrzeżenie: przypadek ten na pierwszy rzut oka zdawał się potwierdzać rozpowszechnione zapatrywanie, iż jedną z najczęstszych przyczyn wrodzonej niedrożności jelit jest przebyte w życiu płodowem pierwotne zapalenie otrzewnej; tymczasem dokładniejsze badanie wykazało bez wszelkiej wątpliwości, iż w tym przypadku (a zapewne i w wielu innych) zapalenie otrzewnej było następowem, pierwotnem zaś było wężownicowate skręcenie jelit, które dopiero dało powód do zapalenia otrzewnej z następowem zaróśnięciem światła jelita.

IV. Z oddziału prof. Rosnera c. k. Szkoły położnych.

Ostra niedrożność przewodu pokarmowego podczas ciąży i połogu.

Napisał

Dr. Tymoteusz Piotrowski.

(Dokończenie).

Zanim przystąpimy do opisu sposobu najracyonalniejszego leczenia niedrożności tak w ciąży, jak i w połogu, musimy sobie odpowiedzieć na pytanie, czy ciąża sprzyja powstaniu niedrożności? Ciąża sama nietylko że nie sprzyja, ale owszem utrudnia powstanie niedrożności, bo usuwa jelita z bram przepuklinowych, skutkiem swego rozrostu, a więc nie sprzyja uwięznięciu przepuklin, taksamo przeszkadza powstaniu skrętu; macica w końcu ciąży według Waldeyera wypełnia całą jamę otrzewnową od powłok aż do kręgosłupa, zwłaszcza w częściach jej dolnych; tylko jelito esowate zostaje zepchnięte ku dołowi, reszta zaś jelit wysunięta jest ku górze i schodzi poza macicą do trzeciego kręgu lędźwiowego; w miarę więc wzrostu macicy zmniejsza się przestrzeń zajęta i ztąd gorsze warunki do powstania skrętu. Zaciśnięcia i uwięznięcia te również nie będą częstsze w ciąży dlatego, że ruchomość jelit jest wtenczas mniejsza; ciąża może jedynie usposabiać do uwięznięć jelita w otworach więzadła szerokiego, które rozciągając się w ciąży, powiększa otwór, a nadto może spowodować niedrożność przez ucisk jelita między macicą, a istniejącym jakimś guzem w jamie otrzewnowej.

Połóg nie sprzyja uwięznięciu przepuklin, skręceniu i zaciśnięciu dlatego, że jelita w połogu ulegają pewnego stopnia porażeniu; ztąd i ruchomość ich jest bardzo mała, jedynie załamanie może być przez połóg spowodowane.

Co do rokowania, to będzie ono zawsze gorsze w ciąży i połogu, niż poza ciążą, dlatego, że rozpoznanie jest znacznie trudniejsze, lekarz nie tak prędko zdecyduje się zaproponować operacyę, bo idzie tu o życie dwóch istot, dalej, nie tak szybko zgodzi się rodzina na zabieg operacyjny, tymczasem odpowiednia do operacyi chwila mija; następuje szybciej, niż poza ciążą, zatrucie całego ustroju, bo jama otrzewnowa w ciąży i połogu jest bardziej przekrwiona, wzmożony jest ruch limfatyczny, ztąd też prędzej wystąpi zapad i wcześniej rozwinie się zapalenie otrzewnej, niż poza ciążą. Szczególnie szybko wystąpi zatrucie ustroju w przypadkach skręcenia, zadzierzgnięcia i wgłobienia, w przypadkach, w których sprawa chorobowa zajmuje prócz pętli jelita i odpowiednią krezkę.

Współudział krezki według doświadczeń Kadera sprowadza zaburzenia w krążeniu, których następstwem są zmiany, dotyczące tak ścian, jak i treści uwięzłej pętli, wielka przepuszczalność ścian zmienionej pętli jelitowej i stąd szybko występujące zapalenie otrzewnej, prędkie rozwijanie się zgorzeli miejscowej, nadto wzdęcie zastoinowe powyżej zaciśnięcia, jako objaw rozkładu nagromadzonej treści i nadmiernego wydzielania gruczołów błony śluzowej.

Porównywując przypadki przez nas zebrane z przypadkami niedrożności ostrej wewnętrznej poza ciążą, przytoczonymi w pracy Rutkowskiego, otrzymamy, że w naszej grupie I na 14 operowanych wyzdrowiało 7, zmarło 7, a więc 50% śmiertelności. Naszej grupie pierwszej odpowiada Rutkowskiego tablica IV i X, razem przypadków 23, z tego wyleczeń 6, śmierci 15, czyli odsetek śmiertelności wynosi 65%, a więc większy, niż podczas ciąży i połogu. W grupie drugiej mamy na 8 przypadków tylko 6 operowanych, z tego 1 wyleczenie, 5 śmierci; u Rutkowskiego na 55 przypadków wyleczeń 21, śmierci 34, czyli odsetek śmiertelności 61%, u nas zaś 83%. Przy załamaniu mamy na 5 przypadków wyleczeń 4, jedną śmierć; u Rutkowskiego na 10 przypadków wyleczeń 8, śmierci 2, czyli ten sam odsetek śmiertelności, t. j. 20%. Zestawiając razem odsetek śmiertelności po operacyi odpowiednich przypadków poza ciążą,

---

experim. Entwickelungslehre der Wirbelthiere. Tom II, str. 163 i 164. Jena, 1902.

z przypadkami w ciąży i połogu, będziemy mieli 88 przypadków poza ciążą, 53 śmierci, czyli 60% śmiertelności; u nas na 25 przypadków 13 śmierci, czyli 52% śmiertelności, a więc mniej, niż poza ciążą.

Porównywując niedrożność następową naszej grupy piątej z zestawieniem Rutkowskiego, tablica XI, XII, XIII i XV, t. j. ucisk jelita, zatkanie, blizny i rak, otrzymujemy na 18 naszych przypadków operowanych 9, z tego wyleczeń 5, śmierci 4, czyli 44% śmiertelności; u Rutkowskiego na 23 przypadki wyleczeń 7, śmierci 16, a więc 69% śmiertelności.

Z zestawienia tego widać, że odsetek śmiertelności tak w istotnej niedrożności ostrej, jak i następowej, nie jest większy podczas ciąży i połogu, aniżeli po operacyach z tych samych przyczyn, wykonywanych poza ciążą; mimo to rokowanie uważamy zawsze w ciąży i połogu za gorsze, a to dlatego, że statystyka przez nas zebrana składa się z pojedynczych przypadków, nie jest statystyką jednego oddziału i z taką porównywana musi dać odsetek lepszy.

Przechodząc do sposobu leczenia, musimy oddzielić postępowanie w połogu od postępowania w ciąży. Jeżeli mamy ostrą niedrożność w połogu, to najpierw łatwiej jest ją rozpoznać, a nadto i daleko szybciej zdecydują się lekarz i rodzina na zabieg operacyjny, bo niema tu innego sposobu leczenia.

Zupełnie inaczej przedstawia się leczenie niedrożności w ciąży: jedni autorowie radzą operować bez względu na ciążę, inni przeciwnie przypuszczają, że jeżeli się zmniejszy macicę, niedrożność może sama ustąpić; w tym celu wywołują poronienie lub poród przedwczesny; z tych znowu jedni poprzestają na samem wywołaniu porodu i stosowaniu lewatyw, drudzy, jeżeli opróżnienie macicy nie pomoże, wykonywują dopiero operacyę. Postępowanie tych ostatnich ma dużo zwolenników, a to wskutek przypuszczenia, że sama laparotomia musi sprowadzić poronienie. Opierając się na zebranej statystyce, zestawiając przypadki operowane i nie operowane, leczone tak zwanymi sposobami łagodniejszymi, jak wysokiemi wlewaniami, przepłókiwaniem żołądka, kąpielami, elektryzowaniem, nakłóciem i t. p., przekonywamy się, że operacya zupełnie nie wpływa na ciążę, że nie musi sprowadzić poronienia, że leczenie sposobami łagodniejszymi niedrożności nie usuwa, a za to odsuwa odpowiednią chwilę do wykonania operacyi.

Przypadków istotnych ostrej wewnętrznej niedrożności mamy 34, z tego zmarło matek 22, wyzdrowiało 12; dzieci zmarło 15, urodziło się żywo 18. Duży odsetek śmiertelności, zwłaszcza matek, pochodzi stąd, że nie wszystkie były operowane; nie operowane zaś wszystkie kończyły się śmiercią, takich jest 9; z tych jedna zmarła zaraz po rozwiązaniu, druga w połogu, dlatego na 9 nie operowanych mamy 7 dzieci zmarłych, a 2 żywo urodzonych. Na 25 operowanych wyzdrowiało matek 12, zmarło 13, dzieci żywo urodzonych było 17, nieżywych 8. Jeżeli osobno przedstawimy przypadki niedrożności w ciąży i połogu, to w ciąży nie operowanych było 8, które wszystkie zmarły, operowanych 16, z tych wyzdrowiało 6, zmarło 10. Dzieci żywych 1 z grupy nie operowanych, 9 z grupy operowanych, razem dzieci żywych 10; nieżywych z grupy nie operowanych 7, z operowanych 7, razem nieżywych 14. W połogu jeden przypadek nie operowany zakończył się śmiercią matki, z 9 operowanych zmarło 3, razem na 10 przypadków wyzdrowień 6, śmierci 4, dzieci wszystkie żywe, t. j. 10.

Przypadki leczone bez operacyi wszystkie zakończyły się śmiercią matek, a tylko w 2 przypadkach uratowano dzieci, gdy natomiast w przypadkach operowanych ocalała przynajmniej połowa matek, dzieci zaś prawie dwie trzecie, co dowodzi najlepiej, że jedynem leczeniem racyonalnem niedrożności tak w stanie ciąży, jak i w połogu, jest zabieg operacyjny i to wykonany jak najwcześniej. Że operacya nie musi sprowadzić przerwania ciąży, najlepiej tego dowodzi przypadek Rydygiera, gdzie ciąża została donoszona mimo operacyi wykonanej w 6-tym miesiącu ciąży; tak samo ciąża została donoszoną po operacyi w 4 m. w przypadku Moruheta, również po operacyi w 4 m. w przypadku Lotheisena, w 5-tym m. w przypadku Morestina, w 4 m. Stratza; zaledwie znamy dwa takie przypadki, w których operacya sprowadziła poród przedwczesny, a matka wyzdrowiała, t. j. w przypadku Meyera po operacyi w 9 miesiącu ciąży i Temoina w 6 mies. Widzimy więc z tego, że operacye przedsiębrane w miesiącach zwłaszcza wcześniejszych ciąży nie przerywają jej; o ile zostanie uratowane życie matki, ratuje się i życie płodu.

Inaczej przedstawiają się operacye w miesiącu ostatnim: operacya wykonana w ostatnich tygodniach ciąży sprowadza zawsze poród; płód przychodzi na świat czasem żywy, czasem nie żywy; matka jednak według zebranej statystyki prawie zawsze umiera podczas porodu albo bezpośrednio po porodzie. Przyczyną śmierci matki bywa gwałtowny wysiłek, jaki sprowadza poród, odbywający się prawie bezpośrednio po ciężkiej operacyi.

Tylko w jednym przypadku Tendericha matka wyzdrowiała mimo porodu, odbytego bezpośrednio po operacyi; w przypadku Meyera i Rosnera dzieci wprawdzie przyszły na świat żywe, ale matki pomarły. W naszym przypadku utrzymaliśmy także dziecko przy życiu skutkiem wykonania cięcia cesarskiego, matka jednak zmarła. Za wykonaniem cięcia przemawiałoby to, że płód na pewno otrzymujemy przy życiu, usuwa się przytem cały przebieg porodu i po operacyi mamy jamę otrzewnową pozostawioną w spokoju; przedłużenie o kilkanaście minut całej operacyi będzie z pewnością mniej dla pacyentki szkodliwe, niż sam poród, odbywający się bezpośrednio po operacyi. Przypuszczenie, że niedrożność ustąpi, jeżeli się zmniejszy macica, jest błędnem, a co najmniej bardzo niepewnem, najlepszym dowodem znowu będzie zebrana statystyka. W przypadku Tarnowskiego mimo wywołania poronienia chora zmarła skutkiem niedrożności; w przypadkach Assmutha i Klauera mimo sztucznego rozwiązania musiano wykonać operacyę, bo niedrożność nie ustąpiła; również i przez dobrowolny poród niedrożność nie zostanie usuniętą, jak to widzimy w przypadku Gottscheda, Craiga, Tuji i Brauna.

Czekając, aż się poród odbędzie dobrowolnie, tak samo i przy sztucznem wywołaniu porodu, a nawet i sztucznem ukończeniu, traci się bardzo wiele czasu; najlepszy czas do operacyi jest ten, kiedy siły pacyentki są jeszcze nie wyczerpane, a zapalenie otrzewnej nie rozpoczęło się jeszcze. Poród przedwczesny może usunąć niedrożność, ale tylko następową, jak to widzimy w przypadku 9 i 15 grupy V, gdzie kiszka uciśnięta była między macicą a torbielakiem, nigdy zaś nie usunie niedrożności istotnej.

Jedynie więc racyonalnym sposobem leczenia niedrożności ostrej, tak w ciąży, jak i w połogu, będzie zabieg chirurgiczny.

Wykonana w miesiącach wczesnych ciąży, operacya może nie sprowadzić przerwania ciąży, jeżeli tylko, o ile było można, jak najmniej uciskało się macicę; w miesiącach późniejszych, jeżeli znacznie powiększona macica utrudnia odszukanie przyczyny niedrożności, lepiej zrobić przetokę kałową, a właściwą operacyę odłożyć na czas późniejszy. Jeżeli stan ciężarnej jest bardzo zły, a nadto jeżeli się jeszcze rozpoczął poród i możemy przypuszczać, że chora nie przetrzyma porodu bezpośrednio po ciężkiej operacyi, można dla ratowania życia dziecka odrazu wykonać i cięcie cesarskie.

Zadaniem bowiem leczenia jest przywrócenie drożności jelit i usunięcie zmian w krążeniu, powstałych skutkiem zaciśnięcia krezki i rozdęcia jelita, a to uzyskać możemy tylko przez operacyę. Sposoby leczenia łagodniejsze, jak podawanie narkotyków, przepłókiwanie żołądka itd., należy stosować tylko w pierwszych chwilach obserwacyi i uważać je raczej za przygotowanie do operacyi, a nie za leczenie niedrożności. Operacyę wykonywać należy o ile możności jak najwcześniej; zwlekając, możemy się doczekać takich powikłań, jak zapalenia otrzewnej, które zaciera objawy i pogarsza rokowanie.

Piśmiennictwo. Dohrn: Samml. klinisch. Vorträge, 1901. — Runge: Berl. klin. Wochensch., 1880. — Kirmisson: Soc. de chirurgie, 1897. — Témoin: Soc. chirurg., 1893. — Noble: Annals of Gyn. and Pediat. 1899. — Abramson: Hufeland's Jour. d. prak. Arzenyek., 1804. — Hancorke: Wothen Brit. med, Journ., 1871. — Pye. Smith: Lancet, 1888. — Galabris: Lancet, 1888. — Rydygier: Archiv für klin. Chirurg., 1887. — Schramm: Pamiętnik tow. lek. warszawskiego, 1880. — Scanzoni: Lehrb. der Geburtsh. — Fischer: Deutsch. med. Wochen., 1898. — Meyer: Monat. f. Geb. u. Gynek., 1899. — Sydney Jones: Lancet, 1882. — Sintenis: Centralb. f. Gyn., 1899 — Boissard et Roche: Bull. d. la Soc. d'obst., 1900 — Steinhard: Würtemberg. Corr. Bl. 1870. — Poppert: Deutsch. med. Woch., 1897. — Porak: Soc. d'obst. de gyn., 1902. — Jasiński: Dyagnost. chirurgiczna. — Rutkowski: Zbiór prac ku uczczeniu prof. Obalińskiego. — Venery: Maladies de la Grossesse.

V. Wyciągi.

Ott. **Demineralizacya ustroju w gruźlicy płuc.** (*Tow. med. wewn. w Berlinie.* Pos. z 20 lipca 1903 r.). Są to wyniki badania trzech przypadków gruźlicy, w celu skontrolowania teoryi francuskich autorów (Robin i inni). Przy stałej dyecie (mleko, sucharki z plasmonu i koniak) po dwóch dniach pozostawania na niej, badał O. mocz i kał chorych na zawartość soli mineralnych. U jednego chorego (gruźlica bezgorączkowa z lekkim nieżytem szczytu i nielicznymi prątkami w plwocinie) stwierdził zatrzymywanie ciał nieorganicznych, przedewszystkiem potasu. W drugim przypadku (chory z rozległym naciekiem górnego płatu lewego i trawiącą gorączką) wykazał wydzielanie nadmierne azotu, potasu i fosforanów, a zatrzymanie chloru, sodu, wapnia i magnu. W trzecim przypadku z daleko posuniętą sprawą gruźliczą demineralizacya była wyraźniejszą. Z wyników tych wnioskuje O., że demineralizacya ma miejsce do pewnego stopnia w gruźlicy, niema jednak znaczenia objawu wczesnego, brakowało jej w 1-szym przypadku, ani też nie występuje stale w późnych okresach gruźlicy. Stale natomiast stwierdził zatrzymywanie chloru i sodu, co tłómaczy niedokrewnością gruźliczych, a stratą siarki, co mogłoby ztąd pochodzić, że mleko krowie ubogie jest w siarkę. Lewin robił podobne poszukiwania w zakażeniu rakowem z rozmaitą siedzibą raka. Przytem stwierdził, że współczynnik demineralizacyi, t. j. stosunek soli mineralnych moczu do ogółu suchej pozostałości, rośnie. Gdy tenże u zdrowego nie przekracza według Robina 30%, u badanych chorych wynosił więcej, niż 50%. W następstwie tej demineralizacyi cierpi odżywienie serca, narządu tak wrażliwego na skład krwi, przedewszystkiem na jej zasobność w sole mineralne (potas i wapń). W ten sposób demineralizacya ustroju przez wpływ swój na serce byłaby jednym z najważniejszych czynników chery rakowej.

K. Orzechowski.

St. Bądzyński i K. Panek. **O kwasie alloksyproteinowym, prawidłowym składniku moczu ludzkiego.** (*Rozprawy Wydz. mat.-przyr. Akad. Umiej. w Krakowie,* 1903). Autorowie znaleźli w prawidłowym moczu ludzkim obok kwasu oksyproteinowego, wykrytego przed kilku laty przez Bądzyńskiego i Gottlieba, kwas organiczny, do tamtego podobny, który nazywają alloksyproteinowym. Metoda otrzymania jest podobną do metody, podanej dla kwasu oksyproteinowego. I ten kwas zawiera w swym składzie siarkę i azot w znacznej ilości. Sól borowa zawierała 8·8% azotu, a 3·4% siarki. W stanie czystym, nadającym preparat do analizy, otrzymali autorowie sól borową i srebrową, wolnego kwasu nie wyosobniono w takim stanie. Ze składu obu kwasów: oksy- i alloksyproteinowego wynika, że są blizkimi pochodnymi drobiny białkowej, mimoto jednak z kwasem fosforowolframowym i z żelazosinkiem potasowym nie dają odczynu białkowego, ani odczynu biuretowego. Odbarwiają roztwór Fehlinga, odtleniają nadmanganian potasowy. Przy ogrzewaniu z wodorotlenkiem ołowianym wydziela tylko kwas alloksyproteinowy siarczek ołowiu. Od kwasu oksyproteinowego różni się kwas alloksyproteinowy własnościami soli, różnicą w składzie chemicznym, a nadto tem, że nie daje t. zw. diazoreakcyi Ehrlicha, bardzo wyraźnie otrzymywanej przez autorów z kwasem oksyproteinowym. Kwas ten jest więc tym nieznanym, a poszukiwanym dawno związkiem, który daje odczyn Ehrlicha. Kwas alloksyproteinowy jest stałym składnikiem moczu. Przypada nań około 0·68% całej ilości azotu, człowiek więc zdrowy wydziela go 1·2 grm. na dobę, trzy razy tyle zaś kwasu oksyproteinowego. Oba kwasy alloksyproteinowy i oksyproteinowy mieszczą w sobie t. zw. „obojętną siarkę“ moczu.

Ponieważ ze wszystkich znanych związków, wynikających z przemiany materyi, te dwa kwasy najbliżej pokrewne są białku, należy przypuszczać, że najdrobniejsze zmiany w przemianie materyi znajdą swój wyraz przedewszystkiem i najrychlej w zmienionych stosunkach wydzielania tych kwasów. *Orzechowski.*

Rosenfeld. **Odżywianie cierpiących na choroby żołądka.** (*Die Krankenpflege.* Zeszyt 8, 1903). Dyeta odgrywa w nieżytach żołądka wielką rolę, przeto leczenie chorób żołądka wymaga od lekarza uważnej kontroli nad sposobem żywienia się takich chorych. Idąc za zasadą podawania pokarmów lekkostrawnych z wyłączeniem węglowodanów i napojów wyskokowych, wprowadzamy chorego nieraz w stan silnego osłabienia. Autor jest zdania, że tłuszcz jest pokarmem nieszkodliwym dla wielkiej liczby chorych na nieżyt kwaśny lub śluzowy żołądka. Na strawienie tłuszczu, sądzi Rosenfeld, nie wpływa ani nadmiar, ani brak kwasów. Częściowo tylko rozbity w małe kulki w żołądku przez ferment steapsynę, przechodzi tłuszcz do jelit prawie niezmieniony. Chorzy na nieżyt kwaśny znoszą dobrze sardynki, lub tłustą rybę. Autor poleca tłuszcz w różnych postaciach: masło, oliwę, słoninę, tłustą szynkę, a szczególnie śmietanę, której kazał spożywać chorym od 250 do 325 grm. dziennie i to z bardzo dobrym wynikiem. Drugim ważnym czynnikiem leczniczym jest szybkie wydalanie pokarmów z żołądka. Przeszkodą w tem ma być obfite picie wody, czego należy koniecznie chorym zakazać, gdyż ta ciąży na ściany żołądka, a łagodząc podniętę, wywołaną ostrymi pokarmami, opóźnia wydalanie treści żołądkowej. Zamiast wody należy polecać dla ugaszenia pragnienia małe ilości herbaty. Dawniejszej metodzie podawania pokarmów często, a w małych dawkach, autor zupełnie się sprzeciwia; poleca on trzy razy dziennie, co 6 godzin, a do syta, twierdząc, że w ten sposób żołądek ma czas zupełnie się opróżnić i odpocząć. Wreszcie radzi trzymać się następującej dyety: dla chorych z kwaśnym nieżytem żołądka — rano: herbata z mlekiem i cukrem, mięso, jaja, masło i pół litra śmietany; w południe: mięso z tłustym sosem, jeden lub dwa ziemniaki, mała ilość jarzyny, omlet, ½ litra śmietany; wieczorem: herbata z mlekiem i cukrem, 100 grm. białego chleba z masłem, mięso, jaja lub ser i pół litra śmietany. Dla chorych na nieżyt śluzowy — rano: herbata z cukrem i mlekiem, bułka z masłem, ½ litra śmietany; w południe: mało mięsa, ziemniaki, jarzyna, kompot, ½ litra śmietany i to samo danie wieczorem. Tego rodzaju dyeta ma być bardzo dobra nietylko na nieżyty żołądkowe, lecz także dla chorych na raka żołądka.

Dr. Włodz. Serkowski.

Dr. P. Pręgowski. **W sprawie terapii psychiatrycznej.** (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und physisch-gerichtliche Medicin,* 1903). Autor przytacza zasady z dziedziny fizyologii, farmakologii, tudzież patologii chorób cielesnych, dowodzące niezbicie faktu wielkiej doniosłości, że skóra jest na podobieństwo nerki narządem wydzielniczym. Następnie wykazuje nieznany dotąd fakt istnienia

nieprawidłowej (zmniejszonej) funkcyi wydzielniczej skóry, spowodowany upośledzonem rozszerzaniem się, lub skurczem naczyń krwionośnych skóry, fakt, mający miejsce przedewszystkiem w chorobie, uważanej za neurastenię okresową. Autor podaje wyniki swoich badań nad tą jednostką chorobową, znane czytelnikom „Przeglądu lekarskiego“ (N. N. 12, 13, 14, 15, 16, 17, r. 1903), wypowiada i uzasadnia teoryę, że najczęstsza z psychoz: „dementia praecox“ jest następstwem zatrucia mózgu substancyami, nie wydalonemi doszczętnie z ustroju, głównie z powodu skurczu naczyń skórnych, posuniętego do wysokiego stopnia i pochodzącego stąd upośledzenia w wydzielaniu skórnem. Na podstawie klinicznej i teoretycznej autor wyprowadza następujące wnioski terapeutyczne: 1) Z wykazanej przez autora patogenezy dwóch przypadków chorobowych, t. zw. neurastenii okresowej, jak i psychozy „dementia praecox“ (Kraepelin), wynikają racyonalne wskazania terapeutyczne: w przypadku pierwszym doprowadzenie narządu krążenia w skórze do prawidłowej rozszerzalności; w przypadku drugim leczenie napotne, obok leczenia skórnego narządu krążenia. 2) Z faktu, że skóra jest narządem wydalającym (ekskrecyjnym) wynika wskazanie do wzmożenia potów wszędzie, a więc i w zakresie psychiatryi tam, gdzie zatruwające ciało chemiczne znachodzi się w układzie krążenia.

Wskazując na zabiegi, prowadzące do wspomnianych celów, autor przestrzega szczególnie przed pożywkami, zawierającemi kofeinę, jako temi, które wpływają szkodliwie na tak doniosły dla wydalania skórnego narząd, jakim jest narząd krążenia.

(Autoreferat).

Fellner. **Przyczynek kliniczny do nauki o nadmiernym potoku** (*hydramnion*). (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* Tom 17, Zeszyt 3, 1903). Autor zauważył przy nadmiernym potoku prawie zawsze bardzo duże rozmiary dziecka — fakt, o którym niema wzmianki ani w podręcznikach, ani w piśmiennictwie szerszem. Przeglądając 13.000 historyi porodów z ostatnich kilku lat w klinice prof. Schauty, znalazł 124 przypadków nadmiernego potoku, z których w 104 poród odbył się w prawidłowym terminie ciąży. Przeciętna długość donoszonych płodów z wieloródek, jak i z pierwiastek zrodzonych wynosiła 53½ ctm.; poniżej 50 ctm. był tylko jeden płód (48 ctm.); natomiast długość jednego wynosiła 60 ctm. W stosunku do ilości wód płodowych średnia długość płodów wynosiła przy dwóch litrach 52·5 ctm., przy 3 l. 53·5 ctm., przy 4—5 l. 56 ctm. Ciężar płodów donoszonych wynosił przeciętnie 3,518 grm., w szczególności przy dwóch litrach wód płodowych 3455 grm., przy 3 l. 3,625 grm., przy 4—5 l. 5,050 grm.; poniżej 3,000 grm. był tylko jeden płód, natomiast 2 ważyło powyżej 5,000 grm. Przy ciąży bliźniaczej również zauważono, że w jamie owodni z wielką ilością wód płodowych mieści się zwykle płód większy; z drugiej zaś strony z mniejszą ilością — płód niestosunkowo mniejszy. Wyniki te stara się autor zużytkować w celu wyszukania jakiegoś związku przyczynowego między tak znacznymi rozmiarami płodu, a ilością wód płodowych, związku, któryby tłómaczył może istotę nadmiernego potoku. Wszystkie dotychczasowe teorye o jego powstaniu nie wyjaśniają dostatecznie jego istoty. Autor zwrócił uwagę na kosmki łożyskowe i zauważył, że w przypadkach nadmiernego potoku są one rozwinięte nadzwyczaj silnie; ten nadmierny rozwój kosmków i całego łożyska mógłby wytłómaczyć z jednej strony wspomniany nadzwyczajny rozwój płodów, spowodowany zwiększonym dopływem krwi, z drugiej strony przez rozszerzenie naczyń łożyskowych na jego powierzchni płodowej mogłaby się dość często znaleźć sposobność do przepacania się (*transsudatio*), a więc i do wytworzenia wód płodowych. Nadto, co jest może ważniejsze, przez znaczny rozrost kosmków występuje zwężenie naczyń, co również mogłoby się przyczynić do znacznego nagromadzenia się wód. Tam, gdzie te kosmki rosną szybko i silnie, wytwarza się i to zwężenie naczyń w stosunkowo krótkim czasie; w ten sposób możnaby sobie wytłómaczyć powstanie ostrego nadmiaru potoku. Ponieważ u wieloródek kosmki już same przez się silniej się rozwijają, dlatego o wiele częściej spotykamy u nich nadmiar potoku. Autor sądzi, że w ten sposób możnaby najłatwiej wytłómaczyć równoczesne istnienie nadmiernego potoku z nadmierną wielkością płodu.

Dr. E. Ehrenpreis.

A. Zickelbach. **Wartość lecznicza bromapanu w padaczce.** (*Mag. Orv. Lap.* Nr. 5, 1903). Dobre wyniki, jakie ogłosili Toulose i Richet po stosowaniu ubogiej w chlor dyety u padaczkowych, skłoniły w Węgrzech R. Balinta do powtórzenia tego leczenia, jednak z pewnemi odmianami. Kazał on wypiekać chleb, który, zamiast solą kuchenną, solono bromkiem sodu; wyniki były podobne dobre. Z tego powodu zastosowano to leczenie w peszt. klinice lekarskiej prof. Kétlyego u 17-tu padaczkowych. Dyeta była mięszana: dużo mleka i pokarmów roślinnych, mało mięsa, a potrawy jak najmniej solone. Zamiast zwykłego chleba musieli chorzy spożywać bromapan (wypiekał aptekarz peszt. B. Hoffmann), solony, odpowiednio do wskazówek Balinta, wyłącznie bromkiem sodowym. Jeden bochenek ważył 100 grm. (1 grm. bromku sodowego). Dziennie 2—3 takich bochenków, więc 2—3 grm. dostawało się do ustroju. Chorzy chętnie jadali bromapan, który nie zdradzał się smakiem. Już po 10-ciu dniach wynik był dobry i im dłużej stosowano to leczenie, tem pewniej można było nań liczyć. Zmniejszała się tak liczba napadów, jak ich nasilenie, a po dłuższem leczeniu napady ustawały zupełnie. Równocześnie poprawiało się usposobienie. Bromapan nie psuł łaknienia, nie sprowadzał bólu głowy, przygnębienia, ani zatwardzenia. Z. twierdzi więc, iż podawanie bromapanu w połączeniu z dyetą ubogą w chlor daje w padaczce lepsze wyniki, niż wszystkie dotychczasowe sposoby leczenia. Jak długo te dobre wyniki trwać będą, nie może Z. jeszcze powiedzieć, gdyż doświadczenia obejmują tylko okres 1½ roczny. Zdaje się jednak, iż wynik, choćby nie był trwały, w każdym razie dłużej się utrzyma, niż przy dyecie zwykłej, nie ubogiej w chlor. *Baschkopf.*

Aronheim (Gevelsburg). **Czy plamki Koplika są w istocie wczesnym objawem odry?** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 28, 1903). Z uwagi, że podczas epidemii odry miał autor sposobność spostrzegać 150 przypadków w najrozmaitszych okresach choroby, a przytem jedynie w 9-ciu przypadkach stwierdził plamki Koplika, pomimo, że szczególniejszą na to zwracał uwagę, wątpi Aronheim, czy objaw ten jest istotnie wczesnym zwiastunem odry. W każdym razie dopiero nader staranne spostrzeżenia powinny tę sprawę wyjaśnić tembardziej, ponieważ i Widowitz miał stwierdzić w niektórych wysypkowych sprawach pojawiające się czasami plamki Koplika; jeszcze więc rozstrzygające słowo w tym względzie nie padło. *Pisek* (Podgórze-Kraków).

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Placenta. (*E. Merck's Jahresberichte*, 1902). Wyciąg zwierzęcego łożyska stosowali liczni badacze w nieprawidłowym przebiegu połogu, przewlekłem zapaleniu macicy i niedokrewności w okresie pokwitania u kobiet. Obecnie Bouchacourt zaleca wyciąg z łożyska jako środek znakomicie pobudzający wytwarzanie mleka. Bardzo skuteczny lek można otrzymać z łożyska owiec, wyciskając sok ze świeżego, oczyszczonego i posiekanego tego narządu. Sok ten mięsza się z niewielką ilością fluorku amonowego i syropu i podaje w dawkach 1—2 grm. dziennie. *Dr. T. Ż.*

Adrenalina. (*E. Merck's Jahresberichte*, 1902), Jest to najenergiczniejszy ze wszystkich znanych środków, działających ściągająco na naczynia. Kilka kropel 1—3‰ rozczynu wystarcza, aby uczynić bezkrwawem ograniczone pole operacyjne. Benedict stosuje adrenalinę wewnętrznie (0·00025 grm.), jako środek pobudzający układ naczyniowy. Liczni autorowie polecają ten przetwór przeciw krwotokom płucnym, żołądkowym i innym w dawkach 10—25 do 50 kropel 1‰ rozczynu. W praktyce oftalmologicznej zyskała sobie adrenalina uznanie jako środek znieczulający i wywołujący miejscową niedokrewność. Cena tego przetworu wysoka; 0·01 grm. = około jednej korony. *Dr. T. Ż.*

VII. XXVIII Zgromadzenie wędrowne południowo-zachodnich neurologów i psychiatrów niemieckich.

Zestawił

Dr. medycyny i filozofii Piotr Pręgowski.

(Ciąg dalszy).

Prof. Axenfeld (Freiburg). **Nawroty tarczy zastoinowej przy guzach mózgu; zanik nerwu ocznego i zaburzenia w miesiączkowaniu.** (Schülze, Oppenheim). Mowca opisuje szczegółowo przypadek mięsaka mózgu, w przebiegu którego tarcza zastoinowa, będąc przez pewien przeciąg czasu bardzo wyraźna, nagle znikła. Przyczyną zastoiny w tym przypadku, jak to udało się mowcy wykryć, był zakrzep w żyle. Co się tyczy przyczyny tarczy zastoinowej, to Axenfeld zwraca uwagę na fakt, że guzy, znajdujące się w skrzyżowaniu nn. wzrokowych, często nie wywołują tarczy zastoinowej. Z kolei omawia Axenfeld sprawę spółistnienia zaniku nerwu wzrokowego i zaburzeń w miesiączkowaniu. W piśmiennictwie można napotkać się z twierdzeniem, że zanik nerwu wzrokowego jest następstwem zaburzeń w miesiączkowaniu. Twierdzenie to uważa mowca za zupełnie mylne. Oba schorzenia bowiem są skutkiem przyczyny trzeciej, mianowicie guza mózgu jak o tem sam miał sposobność się przekonać w 4 przypadkach guzów mózgu, w których miały miejsce także i wspomniane zaburze-

nia. Ale nie wszystkie guzy mózgowe, — wywodzi autor, — prowadzą do zaburzeń w miesiączkowaniu: wywołują je — przedewszystkiem guzy, zajmujące przysadkę mózgową, która ma, jak sądzi autor, pewien związek z czynnością miesiączkowania, podobnie jak zachodzi bliższy związek między uszkodzeniem przysadki mózgowej, a akromegalią.

Prof. Fürstner (Strassburg). **W sprawie symptomatologii i operacyjnego leczenia guzów mózgu.** Prelegent zdaje sprawę z czterech przypadków guzów mózgu. We wszystkich czterech były te same objawy ogólne, mianowicie: bardzo silne bole głowy, zaburzenia wzroku (tarcza zastoinowa i osłabienie wzroku), zwolnione tętno i wymioty. Nadto, zależnie od umiejscowienia, były różne w poszczególnych przypadkach objawy miejscowe. Tak przedewszystkiem płynięcie z ucha lewego przy guzie, umiejscowionym w lewym płacie skroniowym, zaburzenia afazyjne, skłonność do dowcipkowania, porażenie prawej strony twarzy przy guzie w lewym płacie czołowym i t. d. We wszystkich 4-ch przypadkach mowca uznał operacyę za niezbędną, którą też wykonano. W żadnym z tych przypadków nie natrafiono na guz, a mimo to wynik operacyi był znakomity. Zejścia śmiertelnego z powodu operacyi nie było. Jeden pacyent umarł, ale z innej przyczyny. Trzej pozostali żyją, przybrali znacznie na wadze i pod względem funkcyi psychicznych tak czują się dobrze, że są w stanie najzupełniej spełniać swoje obowiązki domowe. Wobec tych wyników zaleca bardzo prelegent te operacye „paliatywne" w niektórych przypadkach guzów mózgu. Co do tego, na jakiej drodze odbywa się ten wpływ dodatni zabiegów operacyjnych, mowca sądzi, że operacya prawdopodobnie wpływa na krążenie krwi w mózgu ze szkodą dla rozrostu guza. Co do szczegółów, dotyczących samej operacyi, Fürstner uznaje za nieuzasadnione liczne nakłócia próbne celem natrafienia na guz, tudzież poleca jak najszybciej pokrywać otwór trepanacyjny w kości, w celu uniknięcia przepuklin mózgowych, które łatwo powstają i mogą prowadzić do zakażenia. Wreszcie, opowiadając o jednej takiej przepuklinie, powstałej w przypadku mowcy, czyni on uwagę, że przepukliny, okryte powłokami mózgowemi, są tkliwe na dotyk tylko w okolicy brzegu kostnego, co naprowadza mowcę na przypuszczenie, że bole głowy pochodzą zapewne ze zmian w okostnej.

W dyskusyi podniesiono potrzebę szybkiego pokrywania otworu po operacyi, w celu uniknięcia zakażenia, tudzież jeden z mowców przytoczył przypadek, w którym guz przebił czaszkę, poczem zniknęły objawy chorobliwe, będące widocznie następstwem ucisku.

Dr. Bayerthal (Worms). **W sprawie operacyjnego leczenia kiły mózgu.** Od roku 1893 datuje się stosowanie metody operacyjnej w przypadkach guzów mózgu. Nieco później zaczęto operować w przypadkach kiły mózgu. W Niemczech, za przykładem zagranicy, dokonano w r. 1898 pierwszej opisanej operacyi w przypadku kiły. Do roku 1899 było wszystkich znanych z piśmiennictwa światowego 9 operacyi kiły mózgu. Mowca opowiada o jednym przypadku, operowanym w Niemczech przed r. 1898, t. j. w r. 1897. W przypadku tym, który dotąd nie został ogłoszony, nastąpiło również pewne polepszenie, zapewne, jak głosi teorya Kochera, dzięki zmniejszonemu ciśnieniu śródczaszkowemu. Mowca zaznacza wreszcie, że drgawki Jacksona zdarzają się nietylko przy usadowieniu się sprawy w okolicy ruchowej, ale także i przy zajęciu płatu czołowego, jak również części, znachodzących się poza okolicą ruchową; jest to ważna okoliczność dla oznaczenia ścisłego umiejscowienia zmiany, a przeto i dla wskazania operatorowi, w którem miejscu ma trepanować.

Dr. Rosenfeld (Strassburg). **O tarczy zastoinowej przy stwardnieniu rozsianem w mózgu.** Autorowie, którzy zajmowali się tą chorobą (Oppenheim, Bruns, Frank i t. d.), przyznają, że badanie wziernikowe w tem schorzeniu często daje ważne wyniki. Z tych najczęstszem jest stwierdzenie częściowego zaniku n. wzrokowego. Ale i całkowita tarcza zastoinowa miewa miejsce przy stwardnieniu rozsianem. Przypadek taki prelegent szerzej opowiedział. W piśmiennictwie zaś jest znany taki przypadek Brunsa. Fakt ten należy mieć na uwadze, gdy się ma rozpoznawać guz mózgu.

Prof. Gerhardt (Strassburg). **Wodogłowie u dorosłych.** Wodogłowie u osób dorosłych było już opisywane. Pojęcia wodogłowie i surowicze zapalenie opon mózgowych (Quincke) pozostają w bardzo blizkim związku ze sobą. Prelegent opowiada o 3 przypadkach wodogłowia, powstałego u osób starszych. W przypadku pierwszym wystąpiły nagle bole głowy, wymioty, zawroty, światłowstręt, tudzież tarcza zastoinowa. Objawy te pod wpływem wcierań rtęci ustąpiły. Ale po 3 miesiącach powróciły znowu; w dalszym ciągu napady te to pojawiały się, to znikały parokrotnie, aż doprowadziły do śmierci. W pierwszym rzędzie występowały bole głowy, potem zawroty, chód bezładny (bezład móżdżkowy) i tarcza zastoinowa). Sekcya wykazała wodogłowie, zgrubiałą wyściółkę komór mózgowych, a guza żadnego nie było. Przypadek ten zasługuje na uwagę ponieważ: 1) obecność tarczy zastoinowej nasuwała podejrzenie guza mózgu; 2) pod wpływem wcierań rtęciowych następowało polepszenie, a nawet tarcza zastoinowa znikła; 3) wreszcie ponieważ zaburzenia występowały napadowo, nagle. W przypadku drugim wodogłowia (sekcyi nie było) miał miejsce według prelegenta obrzęk przyrody naczynio - ruchowej. Przypadek trzeci dotyczył szesnastoletniego młodzieńca, który w 4-tym roku życia miał przebyć zapalenie opon. Zajmującą jest tu rzeczą, że w wiele lat po przebyciu tej ostrej choroby powstać mogło wodogłowie, a więc byłby pewien związek między postacią ostrą a przewlekłą zapalenia opon mózgowych.

Prof. Hoffmann (Heidelberg). **Przyczynek do nauki o chorobie Thomsena.** Mowca opowiada o dwóch przypadkach choroby Thomsena, które mowca ma w swem spostrzeganiu od dłuższego czasu. Objaw, występujący przy uścisku dłoni, charakterystyczne oddziaływanie na bodźce mechaniczne i elektryczne, nie pozostawiają najmniejszej wątpliwości co do rozpoznania. Prelegentowi udało się w obu przypadkach za zezwoleniem pacyentów wyciąć kawałki mięśni i poddać je badaniu drobnowidowemu, które wykazało zmiany, przypominające zmiany w nadmiernym rozroście postępowym mięśni (*dystrophia musculorum progressiva*), a mianowicie przerost włókien mięsnych obok zaniku, tudzież znaczne powiększenie liczby jąder. Mowca pokazuje odnośne preparaty. Nadto w obu przypadkach znalazł prelegent niewątpliwy zanik, jakby rozpłynięcie się substancyi mięsnej, począwszy od omięsnej. Opisane zmiany dowodzą niezbicie, że w chorobie Thomsena mięśnie są zajęte. Jaki zaś udział ma układ nerwowy, nie wiadomo. Ciekawy jest również stosunek choroby Thomsena do nadmiernego przerostu postępującego mięśni.

Dr. Buncke (Freiburg). **O badaniu źrenic w psychozach czynnościowych.** W badaniu stanu źrenic ważnem jest, jak wiadomo, stwierdzenie ich szerokości. Dotąd odbywało się to drogą podmiotowej oceny badającego, oczywiście niezbyt pewnej, szczególnie w przypadkach mało wybitnych. Dopiero Sommer w ostatnich czasach zrobił przyrząd do przedmiotowego mierzenia szerokości źrenic. Prelegent przedstawia zebranym inny przyrząd, służący do tego samego celu. Zasada tego przyrządu jest taka: Dzięki odpowiednio skośnie ustawionemu szkłu rzuca się na pole źrenicy obraz krzyża, umieszczonego w odpowiedniem miejscu przyrządu tak, aby obraz jego mógł być widziany na źrenicy. Ramiona tego krzyża mają podziałki milimetrowe, z których bezpośrednio odczytujemy szerokość źrenicy.

Prof. Aschaffenburg (Halle). **Równoznaczniki padaczki** (*Epileptische Equivalente*). Jeszcze w roku 1862 Hoffmann użył w jednej okolicznościowej publikacyi słowa „równoznacznik" (Equivalent), tudzież wypowiedział zdanie, że może nie być drgawek, a już same równoznaczniki mogą wystarczyć do stwierdzenia padaczki. Myśl ta atoli nie przyjęła się odrazu. Na punkcie rozpoznawania padaczki panowało dalej zamięszanie, a nawet jeszcze dotąd nie osiągnięto jednozgodności. Jedni są zdania, że w padaczce najważniejszą cechą są drgawki, inni wyżej stawiają zawroty głowy. Mowca przed 15 laty zwrócił uwagę na twierdzenie Hoffmana i na podstawie 50 przypadków, spostrzeganych w klinice heidelberskiej, podkreślił znaczenie owych równoważników, które, jak mowca stwierdził, występowały w 78%. Fürstner, Wollenberg, Gaupp potwierdzili to samo.

Obecnie mowca zdaje sprawę z 44 przypadków, którym atoli daje przewagę nad przypadkami z kliniki heidelberskiej, gdyż w tej ostatniej, jak zresztą zwykle w klinice psychiatrycznej, przyjmowane bywają tylko cięższe przypadki z wybitnymi objawami umysłowymi. Obecne przypadki prelegenta nie pochodzą z takiego wyboru, a przeto przedstawiają lepszy materyał. Wśród tych 44 padaczkowych okazało się, że 1) 77% cierpi na napady zaburzeń w dziedzinie uczuć (*Verstimmung*), a więc mniej więcej taki sam odsetek, jak i w badaniach prelegenta.

2) 61% cierpi na zawroty głowy,

3) 45% zaś na napady drgawek.

Z tych liczb wynikałoby, że rozstroje uczuciowe (*Verstimmungen*) są najważniejszą cechą padaczki.

Oprócz tych uwag prelegent udziela zgromadzonym niektórych spostrzeżeń, jakie porobił podczas ostatnich swych badań nad padaczkowymi, mianowicie zauważył on często u cierpiących na padaczkę: pocenie się, bladość lub zaczerwienienie powłok skórnych, drżenie podobne do drżenia alkoholików, przyśpieszenie tętna często do 120, parę dni trwające objawy rwy kulszowej, tudzież rozwolnienie, występujące szczególnie w czasie rozstroju.

(Dokończenie nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 27 sierpnia.

* Płonica jest chorobą zakaźną, której pierwsze przypadki najtrudniej odosobnić, a rozpoczynającą się epidemię zlokalizować: wszelkie usiłowania zarządu zdrowia pozostają bezskuteczne wobec społeczeństwa, które te usiłowania paraliżuje w rozmaity sposób: lżejsze przypadki, najczęściej przez nikogo nierozpoznane, pozostają zapoznane i nie dochodzą oczywiście do wiadomości fizykatu. Bezmyślna obawa przed szpitalem i niesumienna chęć posyłania reszty rodzeństwa do szkół, pomimo przypadku zakaźnej choroby w rodzinie, prowadzi do krętactwa i świadomego ukrywania przypadku płonicy, do czego przybywa jeszcze lekkomyślne zamiłowanie starszych pań do leczenia na własną rękę osutek zakaźnych u dzieci; dodajmy wreszcie do tego wszystkiego, że niższe warstwy społeczeństwa nie wierzą w przenoszenie się chorób zakaźnych z osoby na osobę, a jeszcze mniej mają zaufania do desinfekcyi, ograniczającej się nawet do prostej elementarnej czystości, — to łatwo pojmiemy, dla czego epidemia płonicy nie da się zagasić w początku i dla czego trwa tygodniami i miesiącami. W tem położeniu znalazł się Lwów, gdzie pomimo energicznego wystąpienia władzy sanitarnej miejskiej epidemia trwa kilka już tygodni, a chyba nawet się wzmaga, skoro fizyk miasta zażądał, wobec przepełnienia szpitala dzieci otworzenia baraków dla chorób epidemicznych, oraz wstrzymania do 15 września wpisów do szkół ludowych, wydziałowych i prywatnych, a wreszcie na jego wniosek Zarząd miasta postanowił odnieść się do Rady szkolnej krajowej, czy nie byłoby wskazanem odroczyć również do 15 września otwarcie niższych klas szkół średnich.

Kierownikiem i ordynaryuszem baraków zamianowany został Dr. B. Kielanowski.

Z powiatów również nadchodzą wiadomości o szerzeniu się płonicy; pojawiające się przypadki w Krakowie nie przekraczają dotąd zwyczajnej liczby o tej porze roku.

* Na międzynarodowy Kongres higieniczny, mający się odbyć w Brukseli od 2 do 6 września, wyjeżdża z Krakowa prof. Pareński, oraz Dr. Bier, udający się w charakterze delegata Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Sekcya II. Rady miasta Lwowa uchwaliła wysłać na ten Kongres, oraz na Wystawę miast w Dreźnie, fizyka miejskiego, Dr. Legeżyńskiego.

* D. 12. września b. r. odbędzie się w Wiedniu międzynarodowa wystawa zdrojowisk i miejsc kąpielowych lądowych i morskich.

* VIII. Kongres niemieckiego Towarzystwa dermatologicznego odbędzie się w Sarajewie 21—23 września b. r. Członkowie, którzy przeszlą przed 31 b. m. na ręce sekretarza Kongresu, Radcy zdrowia i prymaryusza L. Glücka, 50 koron, otrzymają bezpłatny bilet jazdy od Bośniackiego Brodu do Raguzy, wraz z pożywieniem podczas dni kongresu. Rząd Węgierski przyznał dla kongresistów zniżkę na kolei państwowej i podczas podróży morskiej z Raguzy.

* Zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dr. Kaczkowskiego przesłał Dr. Walsleben w imieniu krośnieńskiego komitetu szpitalnego 30 koron dla wdów i sierot po lekarzach do funduszu zapomogowego Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.

* Wieść obiega, że miejsce zmarłego Gussenbauera zajmie prof. Hacker z Gracu.

* X-ty międzynarodowy Kongres oftalmologów odbędzie się 19—21 września 1904 r. w Lucernie. Wkładkę 20 marek należy przesłać do 1 maja 1904 r. na ręce prof. Mellingera w Bazylei.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXXI (2—8—VIII). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 13, urodziło się dzieci 47, zmarło osób 57, mianowicie: z gruźlicy 15 (zam.), z zapalenia płuc 4 (2 zam.), z krztuśca 1, z płonicy 2 (1 zam.), z duru brzusznego 1 (zam.), z cholery niemowląt 9 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani: Dr. Gerhardt — profesorem propedeutyki klinicznej w Erlandze. Doc. R. May — profesorem nadzwycz. polikliniki lekar. w Monachium.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Chalot, prof. chirurg. kliniki w Tuluzie. Dr. van der Lith b. profesor psychiatryi w Utrechcie. Dr. Wacław Kamiński — w Krasnymstawie.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 33. Heiman: Przyczynek do leczenia zapaleń ostrych ucha środkowego. Bychowski: Wybroczyny krwawe podczas napadu epileptycznego. Raszkes: Przyczynek do kazuistyki nowotworów pierwotnych pochwy (dok.).

— *Postęp okulistyczny* (lipiec). Noiszewski: Wrażliwość mimoośna i powiekszenie klinowe. Wicherkiewicz: Przemijająca ślepota po chininie u dziecka.

— *Gazeta lekarska* Nr. 33. Halpern: O albumozuryi doświadczalnej. Latkowski: O niezwykłej postaci influenzy, która pojawiła się epidemicznie w Krakowie w ostatnich miesiącach (dok.). Wacław Sterling: Syfilis nerek (c. d.).

— *Odczyty kliniczne* Nr. 171 i 172. Carnot: Leczenie krwotoczne. (Z francuskiego przełożył Dr. Cyrkler).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 33. Kropáč: O gangrénách foudroyantních (c. d.). Šimerka: Tussis hysterica. Jedlička: Případ komplikovaného nádoru ledviny, zhojený nefrektomií s resekcí celého vystupujícího tračníku.

— *La Presse médicale* Nr. 64. Hayem: Użycie i nadużycie leków w leczeniu chorób przewlekłych, w szczególności suchot płucnych. Morel i Dalous: Zastosowanie formolu do barwień histologicznych.

Nr. 65. Sicard: Promienica skórna palca. Bentz: Kilka spostrzeżeń gośćca gruźliczego u dzieci.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 33. Kausch: Znieczulenie w niedrożności jelit. Rommel: Przypadek t. zw. plamicy Henocha. Krause i Hartog: Podurowe zapalenie wola i wykazanie prątków durowych w zropiałem wolu. Mendel: Przypadek uciskowego zaniku nerwu wzrokowego wskutek guza na podstawie czaszki. Strauss: Epiduralne wstrzykiwanie przez nakłócie kanału krzyżowego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 34. Ehrmann: Liszaj części rodnych i bole w okolicy łonowej u płaskonogów. Schein: W sprawie powstawania łysiny. Felner: Cukrzyca w chirurgii. Kehr: Stanowisko słuszne (polemika).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 33. Fehling: Zapobieganie i leczenie gorączki połogowej. Fuchs: O olbrzymim wzroście noworodków i o porodzie późnym. Ewelt: Trzy przypadki mięsaka macicy. Gebele: Dziurawiące rany brzucha kłóte postrzałowe. Weber: Psychozy pod postacią rozprzężenia umysłowego. Welich: Krytyczne doświadczalne badania nad cuceniem serca w zwłokach zwierzęcych i ludzkich. Kaferstein: Alkoholizm a piwo. Ehrlich: Toksyna i antytoksyna.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 34. Opitz: Biochemia ciąży. Orłowski: Przyczynek do sprawy alkaliczności krwi. Schönwerth: Urazowy zawał przy podskórnem pęknięciu nerki. Heubner: Przypadek ogólnego pleśniawkowego zakażenia ustroju (dok.). Scholz: Leczenie chorób skórnych promieniami Röntgena i światłem zogniskowanem. (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.